This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

MEDICINISCH-CHIRURGISCHE

RUNDSCHAU.

MONATSSCHRIFT

FÜR DIE

GESAMMTE PRAKTISCHE HEILKUNDE.

Unter Mitwirkung der Herren

DDr. **A. Baer** (Berlin), **v. Basch, Biermann** (San-Remo), **Boese** (Köln), **Breuer, v. Buschmann, Chrobak, Drozda, Eisenschitz,** Prof. **Eppinger** (Prag), **Funk, Glax** (Graz), **Hebra** jun., **Heitler, Hermann Hertzka, J. Hirschberg** (Berlin), **Hirschfeld** (Pest), **v. Hüttenbrenner, Jellinek,** Prof. **Kaposi,** Med.-Rath **Kisch** (Prag), **Knauthe** (Meran) **Kohn, Lassar** (Breslau), **Löbisch,** Prof. **E. Ludwig, A. B. Meyer** (Dresden), **Obersteiner,** Popper (Prag), **Riegel** (Köln), Prof. **Schnabel** (Innsbruck), **Schreiber,** Prof. **v. Schroff** jun., **Schwarz, Spina,** Prof. **Störk, Urbantschitsch, Nathan Weiss, Welponer, Winiwarter, W. Winternitz, Wölfler** u. **A.**

herausgegeben und redigirt

von

DR. KARL BETTELHEIM,

Docent an der Wiener Universität.

XVIII. (Neue Folge VIII.) Jahrgang. (1877.)

WIEN.

URBAN & SCHWARZENBERG.

MAXIMILIANSTRASSE 4.

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
OCT 15 1908
LIBRARY.

7386

CATALOGUED
OCT 15 1908
E. H. B.

Digitized by Google

10775

Autoren-Verzeichniss.

Jahrgang XVIII. (Neue Folge VIII. 1877.)

(Die Zahlen beziehen sich auf die Nummern der Aufsätze.)

1877.

A.

Abegg 45
Adamkiewicz 573
Adams 442
Adler, Hans 393
Aeby 55, 245
Albert, E. 685
Albertoni, P. 609
Alford 687
Allis, H. 367
Amann, J. 684
Angerer, Ottomar . 147
Annandale, Th. . 248, 449
Antal, G. 148
Appol, C. 96
Arbuckle 79
Armaingaud 205
Armi (Dell) 417
Arndt 169
Arnold 628
Asper, G. 50
Audijé 18

B.

Baas 666
Bäblich 566
Baginski, Benno . . . 307
Balser 607
v. Bamberger . . 174, 698
Barduzzi 92
Barlow, Th. 218
Barth 299
Bartum, John S. . . . 425
v. Basch 132
Basevi 393
Bauer 440
Baxer 520
Beard, Georg M. . . . 498
Becker 541
Becker, S. 637
Béczey, E. 148
Beetz, Felix 206
Belfrage, Fr. 437
Bell, Guido 264
Benazzi, A. C. 448
Beneke, J. W. . . 143, 471
Benicke 361, 567
Berdinel, P. 159
Berger, E. 387
Berger 519
Bermingham, E. . . . 354
Bernard, Claude . . . 380
Bernhardt 44, 156, 164, 177, 421, 426
Bernouilli 458
Bernstein 176
Bertrand 461
Bettelheim, Karl . . . 392
Betz, Fried. 260
Beveridge 347
Bidder, E. 269
Bidwell 638
Biedert, Philipp . . . 493
Billotti, Thomas . . . 213
Bing, Albert . . 313, 314
Bizzozero 326
Bloch 111
Boë, A. 349
Boese 515
Boeckel, Jules 240, 257, 261
Bogomolow 688
Böhm, R. . . . 193, 652
Bohn 458
Bókai, Joh. 474
Boll 126
Bollinger . . . 179, 599
Bonnemaison 252
Bouchardat 410
Boucheron, A. 274
Bouchut 463
Bowditch 633
Boyer, Julius 682
Braun, H. 530
Braxton-Hicks 325
Breisky 295, 469
Bresgen, Max 318
Brieger 561
Broadbent . . . 288, 458
Brokes, C. 29
Bruck, Leopold . . . 43
Brücke, E. 365
Brunner, C. H. . 101, 214
Brzczinski, J. 542
Buchheim 477
Buchwald 171
Budeckalow 536
v. Buhl 369
Bulkley, L. Duncan 581, 583
Bunge, G. 616
Burdon-Sanderson . . 623
Burdel 289
Burkart, R. 570
Burnett 557
Burg 483
Busch . . . 243, 301, 302
Buss, S. 21
Butler, Josefine E. . . 670
Butter 571
Buzzard, Thomas . . . 428

C.

Cadier 381
Caldwell, J. J. 207
Catti 315
Cederschjöld, G. v. . . 144
Charcot 44, 483
Chauveau 589
Chiari, Hans 358, 577, 648, 698
Chvostek 394
Clément, E. 492
Clifford-Allbutt 2
Cohn, Hermann . . . 519
Cohnheim 519
Conrad 74
Da Costa, J. M. . . . 2
Cottle, Wyndham . . . 324
Cotton, W. G. 391
Courty 263
Créquy 441
Cruce, P. 476
Cuisnier 506
Curie, Aug. 641
Curschmann 572

D.

Daworsky 503
Debove 436
Demange, E. 431
Derblich, W. 672
Deutsch, Moritz . . . 279
Dickinson, H. 164
Dittel . . . 174, 221, 291
Donaud 458
Doutrelepont 172
Drescher 35
Dubelt, P. 262
Dubney 290
Dubrisay, J. 475
Duhring, Louis A. . . 640
Dujardin-Beaumetz 18, 229
Dumontpallier 483
v. Dumreicher 174, 221, 698
Duplay 331

Digitized by Google

Nr.

E.

Ebell 516
Ebermann 459
Ebstein, W. 209
Eckhard, C. 619
Edlefsen 47
Egan, Ch. 25
Ehrlichs 28
Eisenlohr 298
Eisenschitz . . . pag. 235
Elvers, V. 355
Engesser, H 198
Englisch 397, 528, 702, 703
Erb, W. 54, 119, 167, 220, 356, 514
Erismann 603
Erlenmeyer, Albr. . . 406
Escherich 233
Esmarch 39, 521
Eulenburg . . . 300, 622
Ewald 175
Ewald, A. 303

F.

Faure 216
Fehr, F. M. 643
Ferrier, M. F. 258
Fickert 586
Fiori, Maria 389
Fischer, E. 367
Fischer, Georg 142
Fischl, Jos. 6, 57
Fitz, R. H. 435
Flechsig, P. 129
Fleischer, Richard . . 659
Fleischmann, Ludwig 12, 346, 576
Flesch 223
Forster, J. 366
Fraenkel, A. 139
Frank, A. . . . 155, 196
Fränkel, B. . 31, 175, 306
Freud, Sigm. 656
Friedenthal, Ludwig . 676
Friedmann 250
Friedreich 429
Fritsch, H. . . . 38, 610
Fröhlich, Franz . . . 278
Fuckel 201
Funk 291
Fürth, L. 397

G.

Gaillard, Thomas . . . 66
Galassi, Ruggero . . . 592
Galezowski 116
Gallozzi, Carl 232
Gamberini 350
Ganghofner . . . 2, 376
Gaskell, W. H. 621
Geber 86
Genzmer, A. 630
Gerhardt 153, 154, 398, 402
Gilette 253, 665
Girerd 247
Gerst 398
Girard 76
Girerd 247
Giovanni 439
Glax, Julius 145

Nr.

Goldzieher 77
Goltdammer . . 175, 566
Goreleitschenko, K. . . 272
Gosselin 507
Grant, Frank S. . . . 692
Grawitz 139
Grätzer 598
Grellet 499
Grohss 358
Grossmann 393
Grünfeld, J. 489
v. Grünewaldt, O. . . 266
Grüning 548
Grzymalaa 390
Gschirhackl . . 173, 394
Gubler 689
Guggenberg 502
Gussenbauer, Carl 36, 40, 301
Güterbock, L. 635
Güterbock, Paul . . . 146

H.

Haas, H. 53, 654
Halla 376
Haltenhoff 277
Hamburger, E. W. . . 373
Hanot 419
Harlingen, Arthur v. . 582
Harnack, E. 194
Hartmann, A. . . 82, 556
v. Hasner . . . 275, 286
Hauke, Ignaz 494
Hausmann, Raphael . . 433
Haussmann 516
Heath, F. A. 538
Hebra . . 291, 664, 698
Hebra, Hans . . 565, 579
Hedenius, P. 437
Heine, C. 242
Heiss, Ernst 382
Heitler 58, 698
Helmholtz 70
Henoch 13, 175, 187, 224, 566
Hering 68
Hermann, L. 131
Herz, Maximilian . . . 397
Heschl . . 174, 358, 698
Heydloff 416
Higginbotham 395
Hirschberg, J. 112, 175, 304, 468
Hirschfeld, J. 149
Hirt 122
Hock 80
Hodgkinson 642
Hoffmann, F. A. . . . 652
Hofmann, E. 334, 360, 667
Hofmokl 698
Hoisel, F. 26
Hollaender . . 534, 568
Holmes 195
Hopmann, C. M. . . . 560
Hoppe-Seyler 518
Hörschelmann 94
Hubner 168
Hull, A. P. 46
Humbert, M. Aimé . . 670
Husemann 480
Hutchinson . . . 85, 458
Hüter 301, 524, 606, 691

Nr.

Huth 188
v. Hüttenbrenner, A. . 328

I.

Ihlo, R. 73
Israel 175, 468
Ivanoff 404

J.

Jackson, H. 500
Jacobi 190
Jacobs, Julius 374
Jacquemin 192
Jäger 523
Jahn 432
Johnston, Samuel . . . 317
Jurié 393

K.

Kahler 522
Kämmerer 17
Kaposi 357, 575
Kellner 284
Kelsch, A. 139
Kernig 217
Kessel, J. . . . 552, 554
Kétli 222
Klebs . . . 123, 128, 176
Kleinwächter, Ludwig . 411
Klink, Eduard . 379, 511
Knauthe, Theodor . . 405
Knowles 513
Köbner 165
Koch 655
Koeppe 298
Köhler, H. 105, 197, 478
Köhnborn, Conr. . . . 105
Kolaczek 321
Kolbe, H. 455
Kölliker, Th. 490
Kormann, Ernst . . . 668
Korniloff, A. A. . . . 444
Körte 175
Kossack 495
Kossochin, A. 634
Köster . . 120, 359, 518
Kraske, Paul 362
Krieg 438
Krosz, G 482
Krug, A. 42
Krzykowski 49
Kühne, W. . . 127, 303
Külz, Eduard 30
Kunkel, A. . . 215, 658
Kunze, C. F. 501
Kurz, E. . . . 259, 296
Küssner 400
Küster, E. 238, 296
Kusy, E. 535
Küttner 611

L.

Ladendorf, A. 255
Landois 55, 622
Landolt 403
Lane, James 543
Lang 418
Lang, Carl 335
Langenbeck, Max . . . 386
v. Langenbeck 175

Digitized by Google

Nr.

Laqueur 78
Lasinsky 161
Lassar 122
Laufenauer 401
Layet, Alexander . . . 669
Lazansky, Leop. . . . 522
Lenn, M. 287
Lederer 212
Leidesdorf 59, 185
Leopold, G. 370
Lerch, A. 678
Letzerich, L. 189
Leube, W. 422
Levinstein 485
Levy, E. 512
Lewin 91
Lewy, Eduard 124
Leyden 175, 296, 297, 631, 699
Libermann, M. . 183, 350
Liebig, G. von . . . 32
Liétevant 462
Lindemann, Carl Alois 280
Lindner 470
Lionville 436
Lister, Joseph 239
Lithgow 201
Litten, M. 125, 175, 468, 613, 657
Little, W. J. 254
Litzmann, C. C. Th. . 267
Loebisch, W. F. . . . 683
Lombard, H. C. . . . 10
Lorinser, Fr. W. . . . 103
Lossen, H. 65, 244
Löwe 371
Löwenstamm 117, 118, 236, 351, 352
Löwenstein 453
Luchsinger, B. 660
Lucius 219
Lücke 301, 562
Ludwig, E. . . 481, 596
Lund, Edward 533
Lüning 526
Lusinsky 161
Luton, A. 24
Luys 483
Luzinsky 212

M.

Maas, H. 241
Mader 178, 384
Magnus, H. 75
Manfredi 326
Mangold, Heinrich . . 496
Mann 273
Mannkopf 121
Martin, A. 516
Maschka 100, 225
Mauriac 591
Maury 210
Mauthner . . . 392, 393
Mayer, S. 700
Mayerhofer 353
Mayerhöfer, H. 276
Maymoir 593
Mayr, Georg 597
Meinel 669
Meinert 587

Nr.

Mendel, E. 23
Menzel 521
Mercier 333
Mermagen, C. 84
v. Mering 125
Meschede 298
Messenger, S. 414
Meyhöfer 547
Meynert 574
Michael 312
Michel, Karl 285
Michl 389
Moeli 21
Moos 558
v. Mosetig-Moorhof . . 256
Mosler 228, 524
Mosso, M. 109
Müller 430
Munk, Hermann 297, 651
Munk, Immanuel . . . 125
Myers, Arthur, B. R. . 2

N.

Nasse, R. 348
Navalichin, J. 632
Navratil 564
Neftel, B. 27, 208
Neumann . . . 174, 221
Neumann, Isidor . . . 578
Neupauer 170
Neureutter, Th. 473
Nicoll 545
Niemann, A. 626
Nicoladoni, Carl . . . 531
Nothnagel . 412, 434, 629
Notta 76
Novak 293
v. Nussbaum . . . 62, 63

O.

Obalinski 542
Obersteiner, H. . . 8, 59
Oedmansson 452
Oertel, M. 316
Oesterlen 102
v. Oethingen, G. . . . 67
Offenberg, A. 486
Ogston 301
Oldvini 594
Ollier 246
Ortenstädt 95
Orth 361, 612
Oser 600
Ostroumoff 107

P.

Paalzow 361
Panthel 549
Parzevsky 510
v. Patruban 59
Paulson 165
Pavesi 388
Peicol 114
Pelikan, E. 404
Pelliciotti, Rafael . . . 11
Penzoldt, Franz . . . 157
Perls 605
Peters, Fr. 227
v. Pettenkofer 104
Pfeifer, L. 674

Nr.

Pflüger, E. . . 283, 375
Philippe, St. 588
Pichler, W. 149
Pick 90, 176, 323
Pierreson 491
Piffard, G. 696
Pilate 41
Pircher, J. 231
Pirocchi, P. 595
Pissin 399
Pitres, A. 424
Podratzky 292
Politzer, Adam 292
Politzer, L. M. 212, 385, 662
Ponfick 138
Popper, M. 337
Porgnet 544
Préhyon 466
Pribram, A. 376
Purjesz, jun. P. . . . 20

Q.

Quincke 5, 55, 168

R.

Rabuteau 197
Rajevsky 614
Rammel 292
Range, H. 650
Ranke, H. R. . 525, 532
Reclam 602
Reeves, E. 151
Regnard, P. 345
Reich, Eduard 671
Reich, Paul 150
Reimer 332
Reitter, C. 113
Remak 421, 572
Reyes 235
Ribemont, M. 14
Richet, Charles . . . 617
Riedinger 37, 505
Riegel, Franz 4, 19, 152, 199, 363, 413, 515, 649
Rindfleisch 398
v. Rinecker 398
Rinteln 34
Ripping 663
Ritter 340
v. Ritter . 176, 336, 550
Roger, Henri 457
Rohde 646
Röhrig, A. . . 407, 620
Röll 590
Rosenbach, Ottomar 377, 378
Rosenstern, Hugo . . 202
Rosenthal, L. 180
Rothmund 551
Rühle 359
Runeberg, W. 625
Rutenberg 537

S.

Sachs 573
Salkowski, G. 365
Salmon, J. 473
Salomon, Georg 134, 573
Samelson 649
Santter, D. 670
Sattler, H. 624

Digitized by Google

Nr.

Sawarowsky 160
Schatz 125, 270
Scheff, Jul. 497
Scheidlen 122
Schenk S. L. 661
Scheuthauer 222
Schiess 549
Schipek 394
Schlangenhausen 294, 360
Schlesinger 221
Schlikoff, Virginie . . 479
Schmidt-Rimpler . 121, 636
Schmiedeberg 616
Schnitzler, Johann . . 559
Schöler 70
Schön 71, 72
Schönborn 64
Schönleutner 339
Schrank, Jos. 679
Schröder 268
Schröder, L. . . 200, 361
Schrötter 698
Schulin 125
Schüller, M. 136
Schultze, B. S. . . . 371
Schulz, H. 211
Schulz, Richard . . . 135
Schumacher II 98
Schuster 33
Schwartze 83
Schweiger, Sigmund . . 230
Schweninger, E. . . . 369
Schwimmer 222
Scolosaboff 99
Sée, Marc. 364
Seeligmüller . . 125, 488
Seitz, Johannes . . . 2
Senator 297
Sesemann, E. 456
Sherwell, S. 639
Siedamgrotzcky . . . 7
v. Sigmund 234
Simon, O. 175
Simon, S. 345
Sistach 691
Solger 567
Solkowski, Alfred . . 3
Sommerbrodt 563
Soyka 295
Spalding, A. Eugene . 9
Spamer, C. 329
Sparks 89
Spinzig, C. 675
Squire Balmanno . 204, 464
Stahl, K. 451
Stefanini 158

Nr.

Steffen, A. 223
Stein 103
Stein, C. 627
Steiner, J. 55
Steinheim 504
Steinitz, Julius 211
Stern, Adolf 237
Stern, Emil 467
Stiller 60, 415
Stirling 51
Stolnikow, J. 450
Störk, Carl 141, 318, 358, 648
Stricker 393, 698
Strohmeyer, F. 443
Streicek 529
Strubing, P. 133
Strümpell, Adolf . . . 653
Stynap, Jukes 102
Svetlin 58, 221

T.

Tait-Lawson 203
Taubner 427
Taubes, Moritz 281
Taylor, R. W. 87, 97, 320
Teillais 693
Tentler 125
Theile 158
Thénard, P. 372
Thoma 168
Thurn, W. 2
Tillmanns 608
Tisserand, E. 110
Tillaux, M. 580
Tillessen 228
Treitel, Th. 52
Trentler 125
Tröltsch 311

U.

v. Ubisch 180
Uffelmann, J. 322
Unna 93, 125, 584
Unterberger 184, 645, 688
Unterholzer 212
Unterholzner 644
Urbantschitsch, Victor 81, 553, 555

V.

Vajda 221
Valenta 191, 223
Valente, Josef 48
Valentin, G. . . 137, 383
Vallender, E. 487
Veit . . . 181, 516, 567

Nr.

Vigier, M. Pierre . . . 16
Voigt, G. (Hygin) . . 409
Voisin 509
Völckers 585
Völkes, O. 690
Volkmann, Richard 61, 262
Voss 446

W.

Wagner 20
Wagner 677
Waitz 527, 539
Walb 697
Ward, J. M. 445
Wartenberg 353
Wathen 88
Wecker, L. von . . . 305
Weckerling, H. 454
Wegner, Georg 265
Weigert, C. . . 271, 519
Weinlechner 174, 393, 698
Weisflog, Gustav E. . . 472
Weiske 284
Weiss 59
Weiss, Nathan 1, 393, 698
Weiss, J. 686
Weiss, Giovanni . . . 615
Weisse 319
Weissberger 605
Wernher 249
Wertheimber, Ad. . . 282
West, James F. . . . 251
Westphal 226
White 114
Wiegand 284
Wigglesworth 327
Wilbrand, F. 342
Williams, W. 508
Williamson 115
Winckel, F. . . . 362, 701
Winiwarter, A. von 36, 358
Winternitz, W. 140, 186, 420
Wiss, E. 56
Witkowski, L. 194
Wittstein, G. C. . . . 15
Wolf 182
Wolffhügel, G. . 166, 335
Wölfler, A. 238
Woinow 69
Wodwoichin, N. . . . 695

Z.

Zaufal 308, 309, 310, 522
Ziegler 398
Ziemssen 521
Zuckerkandl, E. 106, 368, 680

Digitized by Google

Inhalts - Verzeichniss.

Jahrgang XVIII. (Neue Folge VIII. 1877.)

(Die Zahlen beziehen sich auf die Nummern der Aufsätze.)

Nr.

A.

Abdominaltyphus in Leipzig 299
Abdominaltyphus und Morbillen . . 6
Abdominaltyphus und Wassersucht . 175
Abstimmung der Schweizer Aerzte über die Impfung 344
Acne rosacea 698
Addison'sche Krankheit 431
Adenie, siehe Lebercirrhose.
Adenom des Uterus 268
Aderhaut der Menschen 624
Adstringentia (Einwirkung der — auf die Gefässe) 202
Aerzte-Vereinstag zu Düsseldorf 1876 601
Aerztlicher Verein zu Marburg . . . 121
Aerztlicher Verein zu Coblenz . . . 570
Alaun bei Conjunctiva-Erkrankungen 75
Albuminurie, siehe Jodintoxication.
Alkalischer Harn etc. 627
Alkoholinjectionen 397
Alkoholische Getränke 410
Allgem. ärztl. Verein in Cöln 120, 363, 515, 649
Alterscataracta-Extraction 506
Ammocoetes 656
Amputirte, siehe Rückenmark . . .
Amylnitrit bei Hemikranien und Neuralgien 201
Amylnitrit bei Ohrenkrankheiten . . 312
Amylnitrit bei Ohrensausen 557
Anaemie der Centra (Einfluss auf die Circulation) 700
Anaemie, progressive, perniciöse . . 438
Anaesthesirung mit Aether 203
Analysen und Sanitätsfrage 395
Aneurysma der Anonyma 232
Aneurysma der Aorta 151
Aneurysma der Bauchaorta 60
Aneurysma der Carotis 174
Aneurysma der Kniekehle durch Esmarch'sche Einwicklung geheilt . 538
Aneurysma der vertebralis 360
Aneurysma des Arcus aortae 295
Aneurysma (verzweigte) am Kopfe . 249
Angina diphtheritica, Behandlung der 280
Anleitung zur Harnanalyse 683
Anorganische Knochenbestandtheile durch Milchsäureeinführung entzogen 382
ntihydropin 688
ntiseptische Versuche 638
ntiseptische Wirkung von Eserin etc. 636
ntiseptisches Verfahren . . 239, 362
ortenaneurysmen (deren Sitz) . . . 398
usfissuren in Folge von Eczem . 507
hasie 427
phasie und Sehstörungen 116
pomorphininjectionen 487
poplexia meningealis 473
rgyrie 221, 578
senikbehandlung von Malariafieber 691
senikpasta 114
enparalyse 99

Nr.

Art. axillaris, Verletzung der, durch einen Schuss 258
Arthritis blennorhagica 594
Arthritis uratica 698
Arthropathia syphilitica 509
Arythmische Herzthätigkeit . 412, 413
Asphysie, locale mit symmetrischer Gangrän 703
Asthma, siehe Oeynhausen.
Ataxie 429
Atherom 471
Atheromcysten des Halses 39
Athetose 426
Atonie der Harnblase 175
Atresia vaginae 221
Atresie der weiblichen Geschlechtsorgane 516
Atrioventricularklappen 364
Atrophie des Gehirnes 187
Atropin 636
Atropin bei Epilepsie 58
Augenkrankheiten, syphilitische . . 80
Augendrainage bei Netzhautablösung 519
Augenhintergrund bei Wirbelcaries und Pachymengitis spinalis . . . 463

B.

Bacterien (Untersuchungen über dieselben) 655
Bacterienentwickelung 169
Bacterienvegetation unter dem Lister'schen Verbande 136
Bäder in der Gravidität 35
Bäder, Quellen und Curorte Europa's 149
Balaton-Füred 496
Balneologische Briefe 143
Balneotherapie im Kindesalter . . . 230
Bebartete Weibsperson 640
Beleuchtungsapparate zur Demonstration der Bilder an einen zweiten Beobachter 31
Bericht der Haller Klinik über die antiseptische Methode 362
Bericht der Rudolph-Stiftung 384
Berichtigung . . . . . pag. 235
Berliner medic. Gesellsch. 56, 175, 224, 296, 468, 566, 699
Berliner medic.-physiologische Gesellschaft 572
Berliner medic.-psychologische Gesellschaft 226, 297, 400
Bevölkerungs-Bewegung in Wien 1875 604
Bewegungsempfindung, Störungen der, 422
Bicyanuretum Hydrargyri 234
Bindegewebsneubildung 398
Bindehautblennorrh. der Neugeborenen 550
Blasegeräusch, physiologisches, bei Wöchnerinnen 38
Blasenkatarrhs, Entstehung des, . . 262
Blasenstein 527
Blatta orientalis 688
Bleikolik 121
Bleikolik, Veränderungen am Circulationsapparat 155

Digitized by Google

Nr.

Bleilähmungen 421, 522
Bleivergiftung, siehe Jodpräparate.
Bleivergiftung, neue Quelle derselben 687
Blennorrhoe der Neugeborenen . . . 549
Blennorrhoe urethr. 43
Blepharadenitis ciliaris 223
Blepharoptosis 404
Blepharoptosis congenita 504
Blut, Chemie desselben 573
Blutbefund, eigenthümlicher 175
Blutspectrum 566
Blutstrom im Muskel 621
Blutung bei Oberschenkelexarticulation 526
Blutung bei placenta praevia . . . 361
Bösartigwerden von Geschwülsten . 521
Böttger'sche Zuckerprobe 365
Breslau's Gesundheitsverhältnisse während 1872—75 598
Brillenscala 275
Brominjectionen bei carcinoma uteri 508
Bromkalium bei kleinen Kindern . . 47
Bromkalium, physiologische Wirkung 482
Bronchialgerinnsel 515
Bronchialsteinchen 289
Bronchialkatarrh, siehe Oeynhausen.
Brüche, eingeklemmte 540
Brucheinklemmung, Mechanismus der, 243
Buch von der gesunden und kranken Frau 668
Bulbärparalyse, angeborene . . . 519
Bulimie 236
Bulletin continental 670

C.

Calabar bei Tetanus 692
Calabarextract 219
Calabarin 194
Calcaneusexstirpation 246
Calomelinjectionen, subcutane . . . 490
Calorimetrie 186
Canalisation und Abfuhr 104
Carbolsäure bei Wechselfieber . . . 237
Carcinombehandlung 521
Carcinom des Ductus choledochus . . 295
Carcinom des Uteruskörpers 516
Carcinoma cerebri 178
Carcinoma uteri und Narbenectropium am Muttermunde 469
Carcinoma uteri, siehe Brominjectionen.
Carcinoma ventriculi, diagnostische Bemerkungen 392
Cardiopneumatische Bewegung und Curve 55
Caries des Trochanters mit dem Meissel behandelt 449
Carotis sin. unterbunden 548
Carotis communis unterbunden . . . 174
Carotisunterbindung 59
Cataracta 286
Cataracta bei Diabetes 693
Catarrhalische Pneumonie 518
Catgut zur Blutstillung an Knochen 505
Catheterismus posterior 532
Cavernendurchbruch 417
Cavernengeräusch, herzsystolisches . 153
Cavum pharyngonasale 308
Centralen Nervensystems (zur Zerlegung des) auf Grund der Entwicklung 129
Cervicalblutung post partum 567
Cervixincision mit letalem Ausgange 545

Nr.

Charcot'sche Krystalle 174
Chemie des Blutes 573
Chinin bei Ménière'scher Krankheit . 44
Chinin. bromat. subcutan injicirt . . 689
Chirurgie und Operationslehre . . . 685
Chirurgie vor 100 Jahren 142
Chirurgische Klinik des Prof. Kovács in Budapest 148
Chirurgische Klinik im Julius-Hospitale in Würzburg 147
Chirurgische Mittheilungen 221
Chirurgische Mittheilungen 393
Chloralhydrat als Prophylacticum gegen Syphilis 388
Chloralhydrat, noch nicht beschriebene Wirkung desselben 650
Chloralvergiftung 196
Chlorsaure Verbindungen (Elimination derselben) 197
Cholera, ihr Auftreten und Wesen etc. 675
Cholesteatom 698
Chorea eléctrica 158
Chorea, Pathologie der 164
Chorioiditis tuberculosa . . . 304, 468
Chryophansäure bei Hautkrankheiten 464
Cicuta virosa 193
Circulationsveränderungen durch Anämie der Centralorgane 569
Claviculaexstirpation und Wiederersatz 544
Climax, der anticipirte durch Ovariotomie 451
Codeïn 236
Coecalabscess 9
Conceptionsfieber 646
Congres international de la fédération britannique 670
Congress (6.) der deutschen Gesellschaft für Chirurgie . 301, 362, 521
Constanter Strom, bei Gicht 500
Constanter Strom zur Fleischconservirung 111
Constitutionelle Krankheiten 143
Convulsionen der Kinder 351
Corneaimpfungen 121
Corpora cavernosa penis, Ruptur der 113
Coxitis 468
Cyanverbindungen gegen Gicht und Rheumatismus 24
Cylindrome 358
Cyste im ligam. latum 270
Cysticercus cellulosae subretinalis . . 73
Cysticercus des Gehirnes 515
Cysticercusblase am Pons 360
Cystinurie beim Menschen 626

D.

Dactylitis syphilitica 592
Dammrisse 354
Darkauer jodhaltige Salzsoole . . . 481
Darmblutungen bei Ileotyphus . . . 175
Dementia paralytica ascendens . . . 401
Dermatologische Mittheilungen . . . 221
Desinfection 520
Desinfectionsmittel in Senkgruben . 603
Desmoidcarcinom 135
Desoxydation des Venenblutes, unzureichende 523
Diabetes mellitus 125
Diabetes mellitus (Einfluss einiger Mittel auf den Harn dabei) . 374
Diabetes mellitus, seine Behandlung 209

Digitized by Google

Nr.

Diabetes mellitus, seine Diagnose . 181
Diabetes und Eczem 325
Diachylonsalbe 87
Diaetetik des Säuglingsalters 227
Diagnostik, medicinische 666
Digital-Compression 394
Digitalis und Simulation 105
Dilatatio urethrae 259
Diphtherie, siehe Salicylsäure.
Diphtheritis 117, 278, 281. 488
Diphtheritisbehandlung 513
Diphtheritisbehandlung, Beitrag zur 279
Diphtheritisbehandlung in Wien . . 212
Diphtheritis-Prophylaxe 124
Diphtheritis, siehe Eisbehandlung.
Diphtheritistherapie 643
Diuretische Wirkung kohlensäurehalt. Getränke 55
Doppelton und Doppelgeräusch in der Cruralis 174
Dorsalluxation des Daumens 539
Drahtschlingenmeissel 459
Druckschwankungen an der arteria radialis 515
Duodenalgeschwür bei einem Neugeborenen 361
Durchbruch einer Caverne in den Wirbelkanal 417
Durchschneidung der Ciliarnerven und des Opticus 274
Dyalisirte Albumine 654
Dysenteriebehandlung 210
Dyspepsie, siehe Leube's Methode.

E.

Echinococcencyste der Leber 698
Echinococcus der Leber 698
Echinococcus imligament. latum . . 270
Echinococcus multilocularis 222
Ecthyma 458
Eczem an Händen und Füssen . . . 456
Eczem, chronisches 88
Eczem und Diabetes 325
Eczema marginatum 291
Eczema rubrum mit tinct. Macidis corrupt. behandelt 448
Ehe als Schutz gegen Rückfall in Psychosen 348
Eingeweidelage im weiblichen Becken 371
Einklemmung (elastische etc.) . . . 244
Eisbehandlung bei Diphtheritis . . . 443
Eisenausscheidung in der Galle . . 215
Eisenbahnwagen-Heizung 335
Eisenschwamm als Filter 647
Eiweissbestimmung, quantitative . . 450
Eiweissbestimmungen im polarisirten Lichte 654
Eiweisslösungen durch thierische Membranen filtrirt 625
Eiweissubstanzen, optisches und chemisches Verhalten 654
Ellbogengelenkresectionen 301
Elektrolyse bei Fibroiden 498
Elektrolyse bei Kehlkopfgeschwülsten 84
Elektrolytische Behandlung bösartiger Geschwülste 27
Embolie der art. centr. Retinae . . 67
Embolie der l. art. foss. Sylois . . 3
Embolie in den linken Pulmonalarterienast 153
Embolie (plötzl. Tod durch dieselbe) 435

Nr.

Embolischer Infarct 634
Empyem, Drainage dabei 358
Encephalitis diphtheritica 189
Enchondrom des Nebenbodens . . . 49
Endarteritis acuta der Aortenklappen 416
Endarteritis pulm. diphth 473
Endocarditis acuta 518
Endocarditis acuta idiopathica mit Embolie etc. 3
Endocarditis ulcerosa 515
Endothelien, ihre Kittsubstanz . . . 628
Enteritis phlegmonosa 437
Entfernung eines Spielzeuges aus dem Larynx 317
Entstehung der Gefahr im Krankheitsverlauf 662
Entzündungen, mitgetheilte 623
Enucleation des Augapfels ersetzt durch Durchschneidung des Opticus etc 274
Enucleation eines Fibromyoms aus d. Uterus einer Wöchnerin 291
Epidemische Krankheiten 168
Epidermialblutungen, siehe Pocke.
Epilepsie, Behandlung der 501
Epilepsie, lavirte 226
Epilepsie, siehe Atropin.
Epilepsie, siehe Fibrom.
Epileptische Anfälle coupirt 487
Epileptische Anfälle (Hemmung derselben) 434
Epileptische Anfälle, siehe Grosshirn.
Epileptoide Zustände 360
Epithelartige Zellen um Fremdkörper 615
Epithelialkrebs der Gesichtsgegend . 301
Epithelien in den Sputis, deren diagnostischer Werth 698
Ergotin bei Haemoptoë 115
Ergotingebrauch bei chron. Katarrh und Fibromen des Uterus 272
Erosionen, papillare der Vaginalportion 567
Erysipelas bullosum nach der Impfung 587
Erysipelas faciei, siehe Irido-choroiditis.
Erysipelas faciei vom Pharynx ausgehend 588
Erythema exsudativum 91
Erythema multiforme 90
Erythema multiforme bei Syphilis . 452
Erythema nodosum 322
Eserin 636
Eseringebrauch 305
Esmarch'sche Einwicklung bei Aneurysma 538
Essigsäurebehandlung des Krebses . 641
Exantheme, zweimaliges Auftreten derselben 328
Exstirpation des Calcaneus 246
Extraction eines Taschenmessers aus dem Oesophagus 40

F.

Faradisation, Casuistik 472
Farbenausscheidung in der Galle . . 215
Farbenempfindung 71
Farbenempfindung (Einfluss der Ermüdung auf dieselbe) 72
Farbenlehre (Beiträge zur) 69
Farbensinnes (Theorie des) 68
Farbstoffgehalt im Blute 444
Fascia lata 367

Digitized by Google

Nr.
Febrile Blutkreislaufstörungen mikroskopisch beobachtet 606
Femoralis (interstitielle, tödtliche Blutung aus der) 391
Fettbildung 471
Feuchte Wohnungen 293
Fibrincylinder (ihre Entstehung) . . 605
Fibrom der Leber 358
Fibrom des Kehlkopfes als Ursache von Epilepsie 563
Fibromyom des Uterus . . . 291, 516
Fibromyome des Uterus durch Ovariotomie behandelt 451
Fieberform, ungewöhnliche 420
Fleischconservirung durch den constanten Strom 111
Fleischvergiftung in Wurzen 571
Flimmerbewegung, ihre Kraft . . . 633
Folliculitis sebacea 319
Franz-Joseph-Kinderspital in Prag . 473
Frauenmilch-Untersuchungen, mikroskopische 346
Frontal-Occipitalneuralgie 123
Frucht (Verbleiben der todten) im Uterus 273
Fuchsin, siehe Weinfärbung.
Fungus der dura mater 251

G.

Gährungen (die Processe der — etc.) 618
Gallenfarbstoff (Untersuchung des Harns auf) 377
Gallenfarbstoffreaction (angebliche) . 378
Gallensaures Natron bei Gallensteinbildung 290
Gallensteinbildung, atheromatöse Arterienentartung, Fettbildung . . 471
Gallensteinconcremente in der Harnblase 635
Ganglienzellen im Herzen v. Flusskrebs 387
Ganglion 174
Gangrän, symmetrische 703
Gangraena senilis des rechten Hodens 98
Gastritis phlegmonosa 394
Gasgehalt des Pneumothorax 175
Gaumenspaltennaht etc. 537
Geburtshilfe für prakt. Aerzte und Studirende 411
Gefahr, ihre Entstehung im Krankheitsverlaufe etc. 662
Gebärmutterkrebs in der Schwangerschaft 567
Geburt bei engem Becken . . 267, 361
Gefässmäler, ihre Behandlung . . . 639
Gefässnerven 622
Gehirndesorganisationen 187
Gehirngefässe 59
Geisteskrankheiten (subcutane Injectionen bei) 398
Geistesstörungen der Schwangeren etc. 663
Gelatine-Präparate 358
Gelenksmäuse, operativ entfernt . . 529
Gelsemium sempervirens 195
Genu valgum 301
Gerichtliche Medicin 667
Gerichtsärztliche Mittheilungen 225, 361
Geschwülste, bösartige, siehe Elektrolytische Behandlung.
Geschwülste (über einige) 302
Gesellschaft der Aerzte in Budapest 60, 170, 222, 401, 470
Nr.
Gesellschaft der Aerzte in Wien 59, 174, 221, 358, 393, 565, 648, 698
Gesellschaft der ärztlichen Gesundheitsbeamten in London 520
Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin . 361, 516, 567
Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde in Dresden 701
Gesundheitsamt von Philadelphia . . 338
Gewerbe-Pathologie 669
Gicht mit Amyloiddegeneration . . . 613
Gicht, siehe Cyanverbindungen . . . 57
Gicht, siehe Lithium.
Gichtische Veränderungen der Fingergelenke 500
Glaukom 393
Glycerin, subcutan injicirt, macht den Zuckerstich unwirksam 619
Glycerin, toxische Eigenschaften . . 18
Glycosurie, symptomatische 5
Gräfe'sche Staarextraction 392
Granulationsgeschwulst d. Cornea . 649
Gritti'sche Amputation 221
Grosshirn (sein Einfluss auf epilept. Anfälle) 609
Grosshirnrinde (Physiologie der) 297, 651
Grundfarben (drei — des gesunden Auges) 70
Gummibäume, australische 484
Gymnotus electricus 573
Gynäkologische Klinik zu Rostock . 270

H.

Haarschwund, normaler 125
Halsdreieck unteres (Anatomie desselben) 368
Halssympathicus (Verletzungen des) . 125
Halswirbelverrenkung durch Muskelzug 690
Hämoptoë (50 Fälle), mit Ergotin behandelt 115
Hämoptoë, intermittirende, nächtliche 154
Hämorrhagia meningum 473
Hämorrhagien, deren Behandlung . . 441
Hämorrhagische Diathese nach Vaccination 586
Handbuch der Kinderkrankheiten 402, 665
Harnanalyse 683
Harnblasenatonie 175
Harnleiters (Bildung eines künstlichen) 63
Harnröhren-Schnitt bei Quetschung des Perinäum 261
Harnröhrentripper, Behandlung . . . 394
Harnsteinbildung und ihre Ursachen 170
Harnverhaltung bei alten Männern . 393
Haut (Entwicklungsgeschichte der menschlichen) 93
Hautatrophie, circumscripte 321
Hautatrophie, idiopathische 320
Hautgeschwüre, tuberculöse 577
Hautkrankheiten (Classification der) . 583
Hautkrankheiten, deren geographische Verbreitung 396
Hautpräparation (neue Methode der — für die histol. Untersuch.) . . 51
Hebammen-Schreibkalender 674
Hebephrenie 568
Hebra'sche Diachylonsalbe 87
Heilanstalt in Bendorf 406
Heilgymnastik 144
Hemianästhesie 572
Hemiplegie, cerebrale 629

Digitized by Google

Nr.

Hemikranie, siehe Amylnitrit.
Hemmungsnerven der Hautgefässe . 107
Hernia obturatoria 358
Hernie, eingeklemmte 252
Hernien, Radicalheilung . 397, 698, 702
Herpes praeputialis 458
Herz mit nur 3 Höhlen 414
Herzbeutel (Verwachsung des Herzens mit dem) 1
Herzens (Anatomie und Physiologie des) 364
Herzhypertrophie 415
Herzkranke, siehe Pupillenverengerung.
Herzkrankheiten (Bericht über — in Australien) 151
Herztones, Entstehung des ersten . 38
Herz-Ueberanstrengung 2
Hippursäure (ihre Bildung) 616
Hippursäurebildung im Körper der Herbivoren 284
Hirnpathologie 177
Hirnrindenverletzungen 424
Hirnsyphilis, Fall von 389
Hirntuberculose 187
Hitzschlag, 2 Fälle von 7
Hodenstütze-Apparat 495
Hodensyphilis 566
Höhe des Stimmgabeltones 553
Hornbildung, pathologische 323
Hornhautgeschwür, Behandlung . . . 551
Hörrohr, entotische Anwendung desselben 313
Hüftgelenkes (Pathologie und Behandlung des) 248
Hundswuth, radical vertilgt 48
Hyaloide Exsudate 401
Hydatidencyste der Leber 159
Hydrocephaloid 118
Hydrocephalo-Meningocele mit Nierendegeneration 191
Hydrocephalo-Meningocele 223
Hydrokelenbehandlung 221
Hydromyelie 631
Hydronephrose einer beweglichen Niere 362
Hydrophobie, Heilung der 390
Hydrotherapie 140
Hygroma 174
Hygroma praepatellare mittelst Incision behandelt 61
Hyoscyamin 283
Hysterie bei einem Manne 10
Hysterie bei Kindern 190
Hysterischer Mutismus 436

I.

Ileumstück frei in der Bauchhöhle . 174
Impetigo 458
petigo contagiosa oder parasitaria 86
pferysipel 95
pfstatistik (Werth der Zahlen in der) 103
pf- und Blatternfrage 329
pfung (Abstimmung der Schweizer Aerzte über dieselbe) 344
pfung, siehe Erysipelas bullosum.
pfung und Syphilisübertragung . 97
pfung und Pyämie 394
ontinentia urinae 125
alations- und Zerstäubungsapparat 163
pirationskrampf, klonischer . . . 570
ressanter Fall 9
rmittens im Kindesalter 475
mittens, Mittel gegen 29

Nr.

Internationaler medic. Congress in Philadelphia 396
Intracapsular-Druck am Kniegelenke 525
Intussusception der Luftröhre . . . 418
Invagination 566
Iridektomie bei Glaukom 393
Irrsein, hallucinatorisches 298
Irrsinn, paralytischer 8
Ischias 428
Irido-Choroiditis geheilt durch Erysipelas 697

J.

Jaborandi 19
Jaborandi, Wirkungsweise und therapeutischer Werth 20
Jeffray'sche Kettensäge ersetzt . . . 535
Jodausscheidung durch die Haut . . 573
Jodhältige Ammenmilch therapeutisch verwerthet 522
Jodintoxication und Albuminurie . . 345
Jodkalium's (arzneil. Wirkungsweise) 17
Jodoform gegen ulcera syphil. . . . 502
Jodpräparate bei Bleivergiftung . . 216

K.

Kalender für Hebammen 674
Kali chloricum bei Diphtherie . . . 488
Kaliumsalze 477
Kalkzufuhr, ungenügende 366
Kälte, locale Wirkung derselben . . 479
Katheterismus des Ohrhalscanales . 552
Kathetersonden (Bowman'sche) . . . 470
Kehlkopfexstirpation 241
Kehlkopfgeschwülste 316
Kehlkopfgeschwülste elektrolytisch behandelt 84
Kehlkopfkrankheiten 141
Kehlkopflähmung durch Trichinose . 564
Kehlkopflupus 393
Kehlkopfpolypen 398
Kehlkopferection 242
Kehlkopfspiegelbilder, vergrösserte . 112
Keuchhusten, obortive Behandlung . 160
Keuchhusten (cerebrale Symptome) . 187
Keuchhusten zu coupiren 161
Kinderkrankheiten 402, 665
Kindersterblichkeit 102
Kindersterblichkeit in der Prager Findelanstalt 336
Kittsubstanz der Endothelien . . . 628
Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes, der Nase und des Rachens 141
Klumpfuss (Exstirpation des os cuboideum) 254
Knochenaffectionen (Behandlung syphilitischer) 33
Knochenbrüche, Behandlung unglücklicher Vorkommnisse bei denselben 62
Knochenerkrankung, syphilitische . . 397
Knochenwachsthum 55
Kohlenhydrate-Verbrauch 652
Kohlensäure (Einfluss auf das Knochengewebe) 608
Kohlensäure-Vertheilung in der Luft 602
Kohlensäurehaltige Getränke und Diurese 55
Kohlensäure- und Sauerstoffaufnahme des Frosches 383
Kopfknochenleitung, abhängig von der Höhe des Stimmgabeltones . . . 553

Digitized by Google

Nr.

Koprostasis, letale durch einen Kothstein 440
Körpermaasse 42
Krankheiten der peripheren, cerebro-spinalen Nerven 54, 119, 167, 220, 356, 514
Krankheitsursachen 671
Krappfütterung und neue Knochensubstanz 301
Krebs beider Nebennieren 433
Krebs der Wirbelsäule 542
Krebs mit Essigsäure behandelt . . 641
Krebsentwicklung, secundäre im Diaphragma 614
Kuhpocken 599
Kuhpockenimpfung 176

L.

Lactuca virosa, siehe Vergiftung.
Lagerungsschiene für Excision . . . 353
Lähmung der Retina 79
Langbau und Cataracta 286
Langlebigkeit 597
Laroche's eisenhältiger Chinawein . 15
Laryngologische Betrachtungen . . . 560
Laryngoskop 175
Laryngoskop, neues 350
Laryngostenose 242, 559
Larynxocclusion 648
Lebensalter (die) des Menschen . . 342
Leberatrophie, acute, gelbe 182
Lebercirrhose bei einem 5jähr. Kinde 184
Lebercirrhose, siehe Nephritis.
Leberfibrom 358
Lebertuberculose 612
Lehrbuch der Chirurgie 685
Lehrbuch der gerichtlichen Medicin . 667
Leichenerscheinungen (forensisch-wichtige) 334
Leipziger Bezirksverein 299
Leistenhernie, äussere 106
Leptothrix buccalis bei Lungenerkrankung 180
Leube's Methode, bei Dyspepsie die Magenverdauung zu beurtheilen . 30
Leucopathia buccalis 222
Leukämie mit Phosphor behandelt . 288
Leukämie, secundäre medulläre . . . 524
Leukämie (zur Lehre von der) . . . 138
Linksdrehende Substanz im Harn . 53
Lister'scher Verband, modificirt . . 528
Lister's Wundbehandlung 291
Lithium benzoicum gegen Gicht . . 466
Lithotomie 524
Luft der Wohnungsräume 122
Lungenabscess 296, 566
Lungenblutung u. Lungenschwindsucht 510
Lungencontusion und Lungengangrän 419
Lungenemphysem im pneumatischen Cabinete behandelt 231
Lungenepithel 611
Lungenkrankheiten 153
Lungensarkom, primäres 698
Lungenschwindsucht, beginnende . . 58
Lungenschwindsucht (Aetiologie der) 101
Lungenschwindsucht, ihre Heilung . 682
Lungenschwindsucht, ihre Verbreitung in der Schweiz 673
Lupöse Erkrankung der Conjunctiva 174
Lupöse Erkrankung des Kehlkopfes . 393
Lungenverkalkung 648
Lupus erythematosus am Penis . . 696
Lymphgefässe d. Haut d. Neugeborenen 661
Lymphgefässkrebs 369
Lyssa humana, Behandlung 486

M.

Magenblutung nach einer Verletzung 100
Magenectasien-Behandlung 208
Magenfistelanlegung 247
Magenfisteln (Behandlung der äusseren) 37
Magenfisteln 255
Magengeschwür b. einem Neugeborenen 361
Magengeschwür, Entstehung desselben 398
Magenkranken, Ernährung der . . . 150
Magenkrankheiten, alkalischer Harn dabei 627
Magenresection, partielle 36
Magenschleimhaut neugeborener Säugethiere 166
Magenschwindel 519
Magenverdauung zu beurtheilen . . 30
Malariafieber 689, 691
Mandelhypertrophie-Behandlung . . 491
Maniakalischen, Gehirn eines 59
Masern und Scharlach 645
Massage 292
Masturbation und Hysterie bei jungen Kindern 190
Mediastino-Pericarditis 649
Mechanik der Gelenke 245
Medicinisch-atiologischer Verein zu Berlin 399
Medicinischer Verein zu Greifswald 169, 300, 524
Medicinische Gesellschaft zu Leipzig 571
Meerzwiebel, Wirkung der 481
Melanosen, Harn dabei 376
Ménière'sche Krankheit mit Chinin behandelt 44
Meningitis cerebro-spinalis 473
Meningitis nach Enucleation des Auges 547
Meningo-Encephalocele 187
Messerklinge in der Achselhöhle durch 20 Monate 172
Metalloskopie 483
Metersystem in der Ophthalmologie . 403
Micrococcen-Anhäufungen in der Niere bei Blutstauung 605
Mikroskopie bei Erkrankungen innerer Organe 57
Milchabsonderung, ihre Physiologie . 620
Milch, Einfluss der Kälte auf die . 110
Milchsäure als Schlafmittel . . . 23, 517
Milchsäure in den Darm eingeführt . 382
Miliartuberculose, acute 519
Miliartuberculose des Pharynx . . . 306
Militärdiensttauglichkeit 292
Milzbrand 179
Militär-Gesundheitspflege 672
Milzruptur mit glücklichem Ausgange 217
Mittelohrentzündung, eitrige 292
Mittelohrkatarrh, siehe Trommelfellfalte.
Molluscum contagiosum . 326, 357, 575
Morb. Brightii 398
Morb. Brightii, Bemerkungen zu . . 398
Morbillen und Abdominaltyphus . . 6
Morphaea, zwei Fälle von 581
Morphiumsucht 485
Morphiumvergiftung 25
Morphiumvergiftung 46
Morphologie des Gesichtsschädels . . 680

Digitized by Google

Nr.

Münchener morphologisch-physiologische Gesellschaft 650
Muskelatrophie, progressive . 393, 698
Muskelatrophie u. Muskelhypertrophie 698
Muskelstrom (Braucht der bei der Anlegung eines künstlichen Querschnittes auftretende — zu seiner Entwickelung Zeit?) 131
Mutismus, hysterischer 436
Muttermale, Beseitigung der 204
Muttermilch, mercurialisirte 511
Myocarditis chronica 359
Myositis ossificans 188
Myothermische Untersuchungen . . . 632
Myxosarcom des Gehirnes 187

N.

Nabelbruch, angeborener 393
Nabelschnur-Tastbarkeit 269
Narkotische Medicamente, ihr Einfluss auf den Fötus bei Schwangeren und Gebärenden 546
Nasenrachentrichter 308, 309
Nasenuntersuchung 308, 642
Natron hypophosphoricum bei Phthise 499
Narbenectropium am Muttermunde . 469
Nasenhöhlen-Einspritzungen, Tubenverschluss dabei 310
Nasenknochen, necrotisirte, im Oesophagus 386
Nasenkrankheiten, Therapie der . . 315
Nasenrachenraum-Operationen . 358, 642
Nasenrachenraumzerstäuber 311
Nasenrachentrichter 308, 309
Nasenscheidewandgeschwulst 221
Natron salicylicum bei Diabetes . . 209
Natron salicylicum beim Typhus 200, 223
Natron salicylicum, Kenntniss des . 21
Naturhist.-medic. Verein in Heidelberg 303
Nebenhodenenchondrom 49
Nebennierenkrebs 433
Nephritis interstitial., Durchlässigkeit der Gefässe bei 168
Nephritis, Lebercirrhose und Adenie, eigenthümlicher Fall von 392
Nervenfasernreaction, neue 52
Netzhaut, Photochemie der 127
Netzhautablösung 519
Neuralgien, siehe Amylnitrit.
Neurektomie des Ramus II Nervi V 65
Neuritis, experimentell erzeugte . . 300
Neurose, vasomotorische 205
Niederösterreichischer Landessanitätsrath 704
Niederrheinische Gesellschaft in Bonn 172, 304, 359, 518
Nieren, chirurgische Pathologie der 238
renveränderungen im Morb. Brightii 398
rismus 695
tolai-Kinder-Hospital in Petersburg 332
ras argenti 221
robenzin 192

O.

rarmdurchtrennung, subcutane . 442
rhaut, Entwickelungsgeschichte der 93
rkieferresection, Erhaltung der nv.
nfraorbit dabei 462
rschenkelarticulation 526
listische Praxis 77
ntalgie 534

Nr.

Oedem und s. Fortschaffung durch die Lymphwege 122
Oesophagotomie 40
Oesophaguscarcinom 363
Oesophagusstenose 11
Oeynhausen gegen Bronchialkatarrh und Asthma 34
Ohrensausen 557
Ohrkatarrhs, chirurg. Behandlung des 285
Ohrlabyrinthbefunde bei Syphilitischen 558
Osteomyelitis 175, 250
Osteotomie des Schenkelhalses beiderseits 533
Otorrhoe, Sinusthrombose während rechter Seitenlage 153
Otorrhoe, Therapie der 165
Ovariencysten, Aetiologie der . . . 295
Ovariotomie 265
Ovariotomie, doppelseitige . . . 66, 174
Ovum in ovo 128
Ozaena trachealis 307
Ozon 372

P.

Pachymeningitis spinalis 463
Pankreas therap. verwendet 198
Paracentense des Pericardiums . . . 457
Paralyse, allgemeine 226
Paralyse, progressive 59, 221
Paralysen, respiratorische 4
Paralysis agitans mit Elektricität behandelt 207
Parasitenähnliche Bildungen im menschlichen Körper 610
Patholog.-anatom. Beobachtungen . . 613
Paukenhöhlenerkrankungen (Anomalien des Geschmacks, der Tastempfindungen etc. in Folge von) 81
Pemphigus idiopathicus neonatorum . 453
Pemphigus neonatorum (Contagiosität) 45, 458
Pepton, Physiologie desselben . . . 573
Percussion der Knochen 301
Perinealzerreissung 354
Periostitis im ersten Kindesalter . . 397
Peritonealhöhle (Chirurgische Bemerkungen über die) 265
Peritonitis universalis 473
Pessarien bei Incontin. urinae . . . 125
Pharyngo-Nasal-Syphilis 591
Pharynxtuberculose 506
Phlebektasien 393, 531
Phlebitis ophthalmica 121
Phosphor bei Leukämie 288
Phosphorescenz verwesender Organismen 375
Phosphorsäure im Urin 133
Phosphorvergiftung 355
Phthisis 120
Phthisis bei Steinmetzarbeitern . . 347
Phthisis pulmon. mit Natr. hypophosph. behandelt 499
Phymosenoperation und Impotenz . 536
Physikalisch-medic. Gesellschaft zu Würzburg 398
Physiologie der Haut 407
Physiologische Gesellsch. zu Berlin 573, 651
Physostigmin, pharmakol. Untersuch. 194
Physostigmin therapeut. verwendet . 78
Pilocarpinum muriaticum 699
Pilzvergiftung 171

Digitized by Google

Nr.

Pirogow'scher chir.-med. Verein . . 395
Pityriasis rubra 89
Pityriasis rubra universalis . 576, 579
Placenta praevia, siehe Blutung.
Plethora universalis 359
Pletismograph 109
Pneumatische Apparate in der Kinderpraxis 494
Pneumatische Therapie . . . 405, 493
Pneumatisches Cabinet 231
Pneumonie, käsige, deren Histologie 512
Pocke, Sitz derselben in der Epidermis 584
Pocke (Sitz in der Epidermis) . . . 125
Pocken 599
Poliomyelitis anterior subacuta . . 519
Polyarthritis blennorrhagica 595
Polyarthritis (Faradisation bei) . . 206
Polypenbildung auf der Stimmbandschleimhaut 560
Pressschwamm (seine Gefahr zu beseitigen) 445
Progressive Paralyse 221
Prolapsus ani durch Faradisation geheilt 28
Pseudarthrosen, Therapie 541
Psoriasis in Carcinom umgewandelt . 580
Psoriasis (locale Behandlung) . . . 324
Psoriasis vulgaris 465
Psychiatrische Diagnostik, Fortschritte derselben 574
Psychiatrische Studien 401
Psychiatrischer Verein in Berlin . . 517
Psychosen (Classification der) . . . 686
Psychosen (Heilung von) unter Anwendung von extractum secale cornutum 294
Psychosen (Rückfall) in der Ehe . . 348
Ptosis, angeborene 649
Puerperalpsychosen 185
Pulsus paradoxus 152
Pupillenverengerung bei Herzkranken 439

Q.

Quecksilber in der Frauenmilch bei Einreibungscur 379
Quecksilberalbuminat injicirt 489
Quecksilberbehandlung, subcutane 467, 489
Quecksilber-Einwirkung auf die rothen Blutkörperchen 235
Quecksilbersublimat bei Diphtheritis 213
Quina-Laroche ferrugineux 15

R.

Rachendiphtheritis (Behandlung) . . 454
Radicalheilung der Hernien 397, 698, 702
Rareficirte Luft bei Lungenkrankheiten 125
Recept-Taschenbuch der Wiener medic. Presse 408
Rectal-Syphilis 331
Reductionsmethode (amerikanische) von Hernien 252
Reflexpsychosen 298
Reformbestrebungen in der Classification der Psychosen 686
Refraction von 3036 Augen von Schulkindern etc. 74
Reichenhall, Heilmittel von 32
Resection des Kehlkopfes 242
Resection d. n. inframaxill. 698
Resection des Radius 287
Resection, neuroplastische 530
Resectionen im Elbogengelenk . . . 301
Resorption von Arzneistoffen durch die Vaginalschleimhaut 373
Respiratorische Paralysen 4
Resultats sanitaires des actes du Parlement 670
Retina (Anatomie u. Physiologie der) 126
Retinalähmung 79
Retropharyngealabscesse 474
Rheumatismus bei Steinkranken . . 263
Rhinophyma 698
Riesenzellen, Bildung u. Bedeutung derselben etc. 615
Rippenbruch 397
Rippenbruch durch Hustenstoss . . 253
Rohitsch-Sauerbrunn während der Saison 1875 145
Rothweinprobe mit Kreide 460
Rückenmark bei einem Amputirten . 630
Rückenmarks-Degenerationen nach Hirnrindenverletzungen 424
Rückenmarkserkrankung (Fall von) . 297
Rückenmarks-Sclerose 425
Rudolf-Stiftungsbericht, 1875 . . . 334
Ruhr (Therapie der) 214
Rundzellensarcom der Haut, medullares 327

S.

Saint-Raphaëlwein 410
Salicylsäure auf Reinheit geprüft . . 455
Salicylsäure bei Diphtherie 211
Salicylsäure beim Typhus 200
Salicylsäure, ihr Schicksal im Organismus 659
Salicylsäure, ihre Ersatzmittel bei innerlicher Anwendung 22
Salicylsäure innerlich angewendet . 199
Salicylsäure, Pharmakodynamik . . 478
Salicylsäure-Vergiftung 341
Salubritätsverhältnisse chirurgischer Spitäler 239
Salzungen, das Soolbad 677
Sanitätsfrage und Analysen 395
Sarcom des Pons 187
Sauerstoff in verschiedenen Höhenlagen 233
Sauerstoffzufuhr (Einfluss verminderter) auf den Eiweisszerfall . . . 130
Säugethierkreislauf (mikroskopische Untersuchung desselben) 607
Scarlatina recidiva 644
Schädel in der anatom. Anstalt zu München, Capacität und Gewicht derselben 681
Scharlach 224
Scharlach und Diphtherie 13
Scharlach und Masern 645
Scharlacbrecidive 458
Scharlach, zweimaliges Auftreten . . 328
Scheidenfortsatz des Bauchfells und dessen Bezieh. zur äusseren Leistenhernie 106
Schlafmittel, siehe Milchsäure.
Schleimhauterkrankungen der Zunge und des Mundes 222
Schlesische Gesellsch. für öffentl. Cultur 171
Schlesische Gesellsch. für vaterländische Cultur 122, 467, 519
Schlund-Diphtherie (zur Behandl. der) 282
Schlüsselbeinbruch, doppelseitiger . . 543
Schussverletzung des Auges 649
Schusswunde der art. axillaris . . . 258

Digitized by Google

Nr.

Schutzpockenimpfung, hämorrhagische Diathese darnach 586
Schwedische Heilgymnastik 144
Schwefel, sein Stoffwechsel im Säugethierkörper 658
Schweflige Säure als Desinfectionsmittel 339
Schweissdrüsen der Menschen . . . 94
Schweisssecretion, zur Lehre von der 660
Schwerhörigkeit (einseitige) und die Militärdiensttauglichkeit 292
Scleroderma bei einem Säugling . . 476
Sclerodermie 92
Sclerosis des Rückenmarkes 425
Scorpio occitanus Amor 137
Sectionsbefund bei plötzl. Todesfall nach Frontal-Occipitalneuralgie . . 123
Sehnennaht unter Esmarch'scher Compression 41
Sehpurpur im Auge 393
Senkgrubenausdünstungen 603
Sensitive Nerven, ihre Function . . 617
Simulation und Digitalis 105
Sklerotomie 393
Skopzenthum in Russland 404
Soolbad Salzungen 677
Spectroskop bei Nahrungsmittelverfälschungen 122
Spectrum des Blutes 566
Speichelfluss, Specificum gegen . . . 162
Spermatocele 521
Spielzeug aus dem Larynx entfernt . 317
Spinale Kinderlähmung 298
Spinallähmung, halbseitige 519
Spital der barmherzigen Brüder in Wien 678
Spitzenpneumonie der Kinder . . . 12
Splanchnicus (Einfluss des) auf den Blutstrom 132
Staarextraction, Gräfe'sche 392
Staphylorrhaphie, Methode der . . . 64
Steigbügelmuskel-Durchscheidung 554, 555
Steinschnitt, hoher bei einem Kinde 260, 264
Stenosirung des Oesophagus durch Steckenbleiben v. Nahrungsmitteln etc. 11
Stenosis recti 352
Sterilität 358
Sterilität, anatomische Ursachen ihrer Aetiologie 701*
Sterilität geschlechtskranker Frauen 266
Stimmbandlähmung, beiderseitige . . 561
Stimmbandlähmung durch Elektricität geheilt 318
Stimme in der Wüste 670
Stomatoplastik 301
Stotterübel, eine corticale Grosshirnerkrankung 679
Struma acuta pulsans 562
Struma bei einem Neugeborenen . . 361
Strychnin in der Ophthalmotherapie . 277
Subcutane Durchtrennung des Oberarmhalses 442
Subcutane Quecksilberinjectionen . . 234
Sublimat bei Blen. urethr. 43
Sublimatpräparate für hypodermatische Injectionen 173
Sulfate-Bestimmung (quantitative) . . 381

Nr.

Sulphocyanverbindungen im Harn . . 125
Sumpffieber, pathol. Anatomie des . 139
Sympathicus bei cerebr. Hemiplegie . 629
Syncope im Typhus 183
Synovitis tendinosa blennorrh. . . . 593
Syphilis-Behandlung 521
Syphilis cerebralis 333, 423
Syphilis der Hoden 566
Syphilis inveterata 468
Syphilis-Prophylacticum 388
Syphilis-Praxis 503
Syphilis-Uebertragung bei der Impfung 97
Syphilis-Uebertragung durch subcutane Milchinjection 446
Syphilis-Uebertragung durch Säuglinge und Ammen 96
Syphilis, zwei Fälle von 332
Syphilitische Augenkrankheiten . . 80
Syphilitische Knochenaffectionen 33, 397
Syphilitische Ohrlabyrinthaffection . 558
Syphiloderma vegetans 582
Syringomyelie 631

T.

Tabakrauch, seine Bestandtheile . . 596
Tabes dorsualis, Symptomatalogie 519, 572
Taenicaexpulsion 223
Tapete der Säugethieraugen 624
Tastorgane in Vogelzungen 50
Temperatureinfluss auf den Organismus 125
Temperaturen, erhöhte, deren Einfluss auf den Organismus 657
Tenotomie des tensor tympani . . . 83
Teplitz-Schönau in Böhmen 676
Tetanus bei einem Neugeborenen . . 14
Tetanus mit Calabar behandelt . . . 692
Therapeutische Mittheilungen . . . 56
Therapie, Kritik und Reform der . . 385
Thermalsoolenbäder in Oeynhausen . 34
Thermische Wirkungen experimenteller Eingriffe am Nervensystem 622
Thermo-Cautère von Paquelin . 256, 257
Thoracocentesis 26
Thränenfistel-Behandlung 76
Thränenwege, ihre Sondirung etc. . 637
Thrombose, marantische 473
Torticollis intermittens 461
Tracheostenose 559
Tracheotomie wegen eines Spielzeugs in der Höhle des Larynx 317
Transfusion bei perniciöser Anämie . 168
Transpositio lateralis 430
Traubenzucker in den Rückständen käuflicher Alkohole 134
Trepanation, 3 neue Fälle von . . . 240
Trichinose 564
Tricuspidalklappentumor 359
Trochanter caries 449
Trommelfellfalte (eine zweite hintere — bei Mittelohrkatarrh) 314
Trommelfell, künstliches 82
Tubencompressor 522
Tuberculose, acute bei einem 4 Monate alten Kinde 218
Tuberculose Hautgeschwüre 577
Tuberculose, künstliche 519
Tuberculose und Phthisis 120
Tuberculosis tubarum et uteri . . . 473
Tuberculosis vaginae 271
Tumor pontis 222

*) Aus der „deutsch. Ztschr. f. prakt. Med.“

Digitized by Google

Nr.
Typhus abdominalis mit Salicylsäure behandelt 223
Typhuserkrankungen der Stargarder Garnison 432
Typhus exathematicus in Wien. 1875 600
Typhusrecidive 468
Typhus, siehe warme Bäder.
Typhus, Tod durch Syncope 183

U.

Ueberanstrengung des Herzens . . . 2
Ulcus oesophagi ex diphtheritide . . 473
Ulnarislähmung, traumatische . . . 156
Unterschweflige Säure im Harn des Menschen 653
Ureteritis chronica cystica polypose 613
Urogenitalapparat, zur Pathologie u. Therapie desselben 694
Ursprung der hinteren Nervenwurzeln von Ammocoetes 656
Uterusschleimhaut und Menstruation 370

V.

Vaccination, animale — in Belgien 343
Vaccination, deren jetziger Stand . 399
Vaccination, intrauterine 599
Vaccine, abnormal verlaufende . . . 330
Vaccine, Cultur animaler 590
Vaccine-Lymphe 585
Vaccine, Studium der Original-V. . . 589
Vaginalschleimhaut, Resorption durch die 373
Vagus und Pneumonie 55
Varicella-Prurigo 85
Variola mit kalten Bädern behandelt 492
Varix aneurysmaticus innerhalb der Schädelhöhle 548
Vasodilatatoren 698
Vasomotorische Neurose 205
Veränderungen der Circulation durch Anämie der Centra 700
Verdauung als histologische Methode 303
Verein der Aerzte in Niederösterreich. Section Wien . 58, 124, 293, 392, 703
Verein deutscher Aerzte in Prag 57, 123, 176, 225, 295, 469, 522, 700
Verein für Psychiatrie in Wien 294, 360, 568
Verengerung des truncus anonymus . 363
Vergiftung durch Blätter von Lactuca virosa 349
Verkalkung der Lungen 648
Versammlung (49.) deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg 55, 125, 168, 223, 298
Verschlucken necrotisirter Nasenknochen 386
Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel 1

W.

Wachsthum der Placenta 361
Wanderniere, siehe Hydronephrose.
Warme Bäder im Typhus 229
Wärme, thierische 297
Warzenfortsatz-Perforation 556
Wasser, seine Wirkung auf die gesunde und kranke Haut 664
Wasserbett 565
Wasserschirling 193
Wassersucht nach Typhus 175
Wasserversorgung von Prag 337
Wechselfieber mit Carbolsäure behandelt 237
Weinfärbung mit Fuchsin 340
Wiener medic. Doctorencollegium 357, 397, 574, 702
Wirbelluxation 296
Wissenschaftlicher Verein der Militärärzte der Wiener Garnison 173, 292, 394
Wochenbettkrankheiten 684
Wundbehandlung 174
Wundbehandlung im Julius-Hospitale zu Würzburg 147
Wundbehandlungsmethoden auf statistischer Grundlage 146

Z.

Zahnfleischfisteln-Behandlung 497
Zelle und Zellenkern 393
Zerbrechlichkeit der Knochen, seltener Fall von 447
Zerstäuber für den Nasenrachenraum 311
Zerstäubungsapparat 163
Zinkphosphür, Herstellung und Anwendung von 16
Zuckernachweis im Blute 380
Zuckerstich, siehe Glycerin.
Zukunftsmedicin 409
Zündhütchenfragment im Innern des Auges 276
Zurechnungsfähigkeit, zweifelhafte in einem Falle von Verbrechen gegen die Sittlichkeit 400
Zwangsbewegung nach rückwärts . . 157
Zwillingsfoetus 223

Druck von G. Gistel & Cie., Wien [illegible]

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
OCT 15 1906
LIBRARY.

Medicin, Klinik, allgemeine Pathologie, Pädiatrik, Psychiatrie.

1. **Ueber die Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel.** Von Dr. Nathan Weiss in Wien. (Separat-Abdruck aus den med. Jahrbüch. 1876, 1.)

Die anatomische Grundlage der Herzbeutelverwachsung wurde von Lancisi erkannt, Morgagni fand das Fehlen des Herzstosses bei dieser Krankheit, Williams machte auf das Ausfallen der in- und exspiratorischen Verschiebung der Herzgrenzen und auf die systolische Einziehung der Intercostalräume, Simpson auf die systolische Einziehung des Sternums aufmerksam. Skoda war der erste, welcher (1851) die Diagnose dieser Krankheit für möglich erklärte. — Die Aetiologie der Herzbeutelverwachsung fällt mit der der Pericarditis (dem jedesmal vorangehenden Processe) zusammen und Weiss macht daher nur auf eine bei jugendlichen Personen vorkommende tuberculöse Pericarditis mit dem Ausgange in Obliteration des Pericardiums aufmerksam, welche Erkrankung aber nicht (wie bei älteren Individuen) von Tuberculose der Lunge, sondern der mediastinalen oder bronchialen Lymphdrüsen ausgehe.

Dass Perihepatitis die Ursache einer Obliteration des unteren Abschnittes der Pericardialhöhle abgeben könne (Fortpflanzung der Entzündung von der Leberkapsel auf das Zwerchfell, seinen Pleuraüberzug und das Pericard), ist wohl nicht zu bezweifeln, die hiefür angeführten Fälle Hambursin's aber kann der Verf. nicht als beweisend acceptiren, weil die von Hambursin im Beginne seiner Fälle beobachteten Erscheinungen von Perihepatitis bei der häufigen Symptomlosigkeit der Pericardialobliteration auch von einer durch letztere bedingten Leberhyperämie veranlasst sein konnten. Bei allen zu Stauungen im venösen Systeme führenden Krankheiten der Circulations- und Respirationsorgane kommt es ja sehr frühe zur venösen Leberhyperämie. Eigenthümliche und schwer zu deutende Krankheitsbilder bieten die im Verlaufe lange dauernder, acuter Krankheiten (Rheum. artic., Pneumon., Pleurit., Typhus, Intermittens) in

Digitized by Google

Verbindung mit Erkrankungen anderer seröser Häute symptomlos zu Stande kommenden Herzbeutelverwachsungen.

In den die Anatomie betreffenden Bemerkungen wird der Verschiedenheit des Befundes in den verschiedenen Fällen gedacht (bald nur lockere, fädige oder membranöse Bindegewebsmassen, bald schwielige Verdickung des Herzbeutels zu einer festen harten Kapsel); ferner werden die Verwachsungen des Herzbeutels mit den Nachbarorganen (mit der Costalpleura und der vorderen Brustwand, seltener mit dem hinteren Mediastinum und dadurch mit der Wirbelsäule), die sehr gewöhnlich gefundene Obliteration des über der vorderen Herzbeutelfläche gelagerten Pleuraabschnittes (sinus pericardiaco-costalis) erwähnt. Das Herz selbst ist wenig oder gar nicht krankhaft verändert, namentlich dann, wenn die Adhäsionen des Herzbeutels an das Herz locker sind. Ist das Herz aber von einer schwieligen, unnachgiebigen Kapsel umgeben, so ist es einfach oder passiv dilatirt, eine Folge der Compression der (peripher gelegenen) Kranzgefässe. Bei nicht sehr inniger Verwachsung des Herzens mit seinem Beutel kann es zur Herzhypertrophie (auch ohne Klappenfehler) kommen, wenn das Herz die durch die Verwachsung gesetzte Circulationsstörung übercompensirt. Das Herzfleisch kann normal oder aber namentlich in seinen peripheren Schichten schwielig, morsch, fettig degenerirt sein, auch Reste abgelaufener Myocarditis zeigen.

Verf. schildert Symptome und Verlauf nur jener Fälle, in denen es zu ausgiebigen innigen Verwachsungen des Herzbeutels mit dem anderweitig nicht wesentlich kranken Herzen gekommen ist, indem weder lockere Adhäsionen, noch auch Verwachsungen bei gleichzeitiger anderweitiger Herzerkrankung gemeiniglich erkannt werden können.

Das am häufigsten zu beobachtende Symptom ist die Vergrösserung der Herzdämpfung (Folge der Dilatation), besonders im Breitendurchmesser. Die Art dieser Dämpfungszunahme hat nichts von der bei anderen Herzkrankheiten beobachteten Verschiedenes. In Folge Behinderung der Locomotion und der Energie der Herzcontractionen kommt es sehr häufig zum Undeutlichwerden oder Fehlen des Herzstosses, ein Symptom, welches jedoch bekanntlich auch bei ganz intactem Herzen und Herzbeutel gefunden werden kann. Auch das Constantbleiben der Herzdämpfung während In- und Exspiration (d. h. das Ausfallen der inspiratorischen Verschiebung der Lungenränder gegen das Sternum hin) in Folge der Verwachsung der äusseren Fläche des Herzbeutels mit der Costalpleura ist zur Diagnose der concretio peric. nicht verwendbar, da es sich häufig in Folge anderer Veränderungen (Verwachsung der vorderen Lungenränder mit der Costalpleura, Anfüllung der feinen Bronchien dieser und angrenzender Lungenpartien mit Eiter, Schleim und behinderte Ausdehnung derselben) findet. Hingegen ist die bei Abwesenheit des normalen Herzstosses in manchen Fällen zu Stande kommende systolische Einziehung gewisser Intercostalräume „von meist pathognomonischer Bedeutung".

Digitized by Google

Normaler Weise gehen (nach Ludwig) am Herzen während der Kammersystole folgende Veränderungen vor sich. Die Herzkammern werden in Folge ihrer Contraction kürzer und schmäler, während sich der Durchmesser von vorn nach hinten am wenigsten ändert, die unteren Abschnitte des Herzens (Herzspitze) bewegen sich zwar gegen die Herzbasis hin, diese Bewegung wird aber sofort compensirt oder übercompensirt durch die in Folge der Streckung und Verlängerung der grossen Schlagadern eintretende Herabbewegung der Herzbasis; demnach werden die der Herzbasis am nächsten gelegenen Partien am meisten, die der Herzspitze am nächsten gelegenen wenig oder gar nicht während der Systole der Kammern nach abwärts bewegt. Von der ausserdem in Folge der Befestigung des Herzens an den um einander gedrehten grossen Gefässen. (Pulmon. und Atorta) vor sich gehenden Axendrehung des Herzens sieht Verf. hier ab.

Dieser Annahme zufolge kommt der Herzstoss dadurch zu Stande, dass die Kammermusculatur während der Systole resistent wird, und da sie zudem in ihrem Durchmesser von vorne nach hinten zugenommen hat, den dem unteren Abschnitte der Herzkammern entsprechenden Intercostalraum hervorwölbt. Demnach hängt die Intensität des Herzstosses ab von der Energie der Herzcontractionen und von den ausserhalb des Kreislaufes gelegenen Hindernissen. Und deshalb ist der Herzstoss bei Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel, selbst ohne anderweitige Verwachsung mit den Nachbarorganen gewöhnlich schwach oder gar nicht fühlbar. Einmal ist der Herzmuskel mit erkrankt und dann ist er in seiner Bewegung durch die Verwachsung mit dem Herzbeutel gehindert. Ist ausserdem der Herzbeutel mit den Nachbarorganen innig verwachsen, so können noch andere Symptome entstehen. Ist z. B. der Herzbeutel an der Kammerbasis mit der vorderen Brustwand straffer verwachsen als an der Herzspitze, so wird die (in geringerer Ausdehnung als normal vor sich gehende) Locomotion der Herzspitze nicht oder wenig durch das Herabbewegtwerden der Herzbasis compensirt werden; der in der Herzspitzengegend entstehende leere Raum wird dann durch das Einsinken eines oder mehrerer Intercostalräume (zuweilen des ganzen unteren Thoraxabschnittes) ausgefüllt. Das Vorgeschobenwerden der vorderen Lungenränder zur Ausfüllung des durch das Wegrücken des Herzens von den der Herzspitze entsprechenden Intercostalräumen (bei pathologischem Verhalten der Lunge oder pleuritischen Adhäsionen ganz unmöglich) findet auch bei normalem Zustande der Lungenpartien nicht oder ungenügend statt, wie daraus hervorgeht, dass auch in solchen Fällen eine systolische Einziehung eintreten kann, selbst dann, wenn eine Verwachsung des Herzbeutels mit der Costalpleura gar nicht stattgefunden hat. Ja selbst ohne Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel, oder dieses mit der vorderen Brustwand entsteht eine systolische Einziehung, wenn eine abnorme Fixirung der Herzbasis (Traube) oder (wie bei alten Leuten) die Rigidität der Aorta oder deren unvoll-

Digitized by Google

ständige Streckung (wie bei Stenosis orificii Aortae, wo relativ wenig Blut auch eine nur geringe Streckung bedingt) das compensatorische Herabbewegen der Herzbasis erschwert oder behindert.

Ist nur die Herzspitze an die vordere Brustwand adhärent oder straffer adhärent als die Herzbasis, so wird der von der Herzspitze im Beginne der Systole ausgeübte Zug auf die Brustwand durch das Herabbewegtwerden der Herzbasis compensirt und also dieser Zustand durch kein Symptom sich verrathen. Eben so wird in den (seltenen) Fällen, in denen der mit dem Herzen verwachsene Herzbeutel nur an die Wirbelsäule fixirt ist, keine Einziehung stattfinden, wenn die Fixirung eine lockere und überall gleichmässige ist, wohl aber dann, wenn wieder die Herzbasis inniger fixirt ist als die Herzspitze, oder nur die Herzbasis mit der Wirbelsäule verwachsen ist. Ist der mit dem Herzen verwachsene Herzbeutel sowohl mit der vorderen Brustwand als mit der Wirbelsäule verbunden, dann wird (entsprechend der dann gewöhnlich vorhandenen innigen Verbindung der Herzbasis) eine tiefe Einziehung des ganzen unteren Abschnittes der vorderen Brustwand eintreten.

Wenn Friedreich in 2 Fällen, in denen der mit dem Herzen verwachsene Herzbeutel nur mit dem Zwerchfelle, nicht aber mit der vorderen Brustwand oder Wirbelsäule verwachsen war, systolische Einziehungen bemerkte, die bei der Inspiration stärker waren, als bei der Exspiration und diese Einziehung aus der Zugwirkung des Herzens auf das Zwerchfell ableitete, so erinnert Verf. daran, dass nach obigem eine solche Zugwirkung nicht stattfinde. Das Ausgleichen der Einziehung in der Diastole erfolgt manchesmal, besonders wenn die systolische Einziehung eine ausgebreitete und tiefe war, so kräftig, dass dadurch der Anschein eines diastolischen Herzstosses producirt wird.

Diese beiden Symptome: die systolische Einziehung und ihre Ausgleichung in der Diastole erfolgen jedoch bei Zutreffen aller sonstigen Bedingungen nicht, wenn das Herz (wie z. B. gegen das Lebensende) sich zu wenig kraftvoll zusammenzieht; denn dann fällt die ganze systolische Locomotion des Herzens zu gering aus.

Friedreich hat auch die Aufmerksamkeit auf das schon von Skoda und Cejka erwähnte, in manchen Fällen von Herzbeutelverwachsung und starker systolischer Einziehung wie entsprechender diastolischer Ausgleichung der letzteren vorkommende diastolische Abschwellen der Jugularvenen gelenkt. Friedreich erklärte dasselbe in seinen zwei Fällen aus dem Wegfallen des Druckes der Brustwand auf die Lungen im Momente des diastolischen Zurückspringens der Brustwand, aus dem diastolischen Herabsteigen des Herzens in solchen Fällen, entsprechend der zurückschnellenden diastolischen Zwerchfellsbewegung und der Dehnung und Verlängerung der Herzhöhlen. Alle diese Momente bewirken, dass in solchen Fällen die Füllung und Diastole der Herzhöhlen weniger durch die vis a tergo der von oben herabrückenden Blutsäule als durch das

Digitized by Google

Ziehen der mit der vollen Kraft ihrer Elasticität in ihre frühere Lage zurückschnellenden Brustwand erfolgt.

Betz hat eigenthümliche, mit der Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel zusammenhängende systolische Töne und Geräusche beschrieben, welche er zwischen Brustwarze und linkem Sternalrande hörte und welche nach Betz entweder in dem noch dünnen Verwachsungsgewebe zwischen Pericardium und Costalpleura oder bei fester Verwachsung durch das Einstürzen von Luft „in die hiebei unter der Haut entstehende Hautvertiefung" entstehen soll.

Endlich erwähnt Verf. noch den von Kussmaul bei schwieliger Mediastino-Pericarditis beschriebenen pulsus paradoxus — inspiratorisches Kleinwerden oder Verschwinden des Pulses. Dieser nur anscheinend unregelmässige Puls ist dabei manchesmal mit einer merklichen oder selbst beträchtlichen inspiratorischen Anschwellung der Jugularvenen verbunden. Wenn auch diese Phänomene nicht in directem Zusammenhange mit der Obliteration des Herzbeutels stehen, sondern durch inspiratorische Verengerung der Aorta resp. der Venen, durch die fibrösen Mediastinalstränge zu Stande kommen, so könnten diese 2 Phänomene doch zur Diagnose der Obliteratio pericardii mit benutzt werden, da letztere in den Kussmaul'schen Fällen eben auch immer vorhanden war.

Was die subjectiven Erscheinungen betrifft, so klagen Kranke mit totaler Herzbeutelverwachsung oft über gar nichts; anders wird die Sache, so wie zu dem latent verlaufenden Zustande irgend eine acute Erkrankung der Respirations- und Circulationsorgane hinzutritt. Dies zeigte sich bei einem Kranken mit Pneumonie im rechten Unterlappen, der vor dieser Erkrankung sich ganz wohl gefühlt hatte, in den ersten Tagen der Pneumonie schon eine sehr auffallende, aus der Pneumonie allein nicht recht erklärliche Cyanose hatte. Der Kranke bekam dann noch eine Pneumonie links unten mit geringem pleuritischen Exsudate und ging unter zunehmender Dyspnoë und Cyanose am 6. Tage zu Grunde. Die Section zeigte ausser den angegebenen Läsionen eine totale Verwachsung des Herzbeutels mit dem Herzen. Das Herz hatte der durch die acuten Läsionen nothwendigen Mehrleistung nicht mehr genügen können. Bei grosser In- und Extensität der Verwachsung kann indessen schon frühzeitig Herzklopfen, Schmerzgefühl in der Herzgegend, Dyspnoë, Neigung zu Ohnmachten etc., Cyanose, Oedem der unteren Extremitäten mit bald nachfolgendem Ascites und allgemeinem Hydrops (in seltenen Fällen auch zuerst Ascites und dann erst anderweitiges Oedem) vorhanden sein. Auch Bronchialkatarrhe und profuse Lungenblutungen können in manchen Fällen schon frühzeitig vorhanden sein.

Dem Gesagten zufolge lässt sich die Diagnose auf Obliter. peric. nur selten mit Sicherheit stellen. Einziehung des Sternums und der ganzen unteren Thoraxpartie, manchesmal mit diastolischem Venencollaps wäre für dieses Leiden pathognomonisch. Systolische Einziehung des

Digitized by Google

der Herzspitze entsprechenden Intercostalraumes und einiger darüber gelegener Intercostalräume kann, wenn auch sehr selten, auch bei anderen Zuständen beobachtet werden.

In den durchaus nicht seltenen Fällen, in denen diese Erscheinungen fehlen, kann man die Diagnose höchstens per exclusionem machen.

So z. B. in Fällen, in denen ausser den Zeichen geschwächter Herzaction (Schwäche oder Fehlen des Herzstosses bei kleinem, weichem Pulse) und mässiger Zunahme der Herzdämpfung sich sonst unerklärliche Stauungen im venösen Systeme, etwa auch mit hydropischen Ergüssen zeigen. Dieser Symptomencomplex könnte auch durch Fettdegeneration des Herzmuskels oder durch ausgebreitete myocarditische Schwielenbildung bedingt sein. Letztere kommt nur sehr selten allein, eine Fettdegeneration des Herzens nur bei herabgekommenen, durch schlechte Lebensverhältnisse, vorausgegangene schwere Erkrankungen, Alcoholismus depotenzirten Individuen vor. Deshalb wird man bei solchem Symptomencomplex eher Herzbeutelverwachsung annehmen, wenn es sich um jugendliche Individuen handelt. — Auch mit Retroperitonealkrebs kann die Herzbeutelverwachsung verwechselt werden, wenn die Neubildung zur Compression der Vena cava inferios, Oedem der unteren Extremitäten, Ascites, Leber- und Milzschwellung geführt hat; besonders dann, wenn der Ascites noch nicht punctirt wurde und man also die auf der Wirbelsäule unverschiebbar aufsitzenden höckerigen Tumoren nicht palpiren kann. — Ebenso kann die in Rede stehende Erkrankung mit Hepatitis interstitialis verwechselt werden, wo neben der Erkrankung des Herzbeutels noch Erkrankungen anderer seröser Häute vorhanden sind.

Die Prognose ist relativ günstig, wenn die Herzaction nicht so sehr gelitten hat, dass eine auffallende Kreislaufstörung daraus resultirt. Aber auch in diesen (schwer diagnosticirbaren) Fällen kommt einerseits der krankhafte Process am Pericard nicht zur Heilung, weil dieses fortwährender Zerrung ausgesetzt ist, die bald zu schwieliger Degeneration führt, andererseits sind solche Personen acuten Krankheiten, namentlich der Respirations- und Circulationsorgane gegenüber viel weniger resistent. Nur Monate, seltener 1—2 Jahre ist gemeiniglich der Zustand bei geschwächter Herzaction und deutlichen Kreislaufsstörungen mit dem Leben vereinbar.

Die Therapie ist die nicht mehr compensirter Klappenfehler am Ostium ven. sinistr. Mit der Digitalis räth W. vorsichtig zu sein und womöglich nur mit kalten Umschlägen auf die Herzgegend die Erregtheit der Herzaction zu bekämpfen.

Das bisher vorgebrachte wird durch die folgenden Krankengeschichten ergänzt.

I. 51jähriger Schmiedegeselle; hat vor 20 Jahren einen drei Monate währenden acuten Gelenksrheumatismus durchgemacht. Seit Mai 1873 Magendrücken, zeitweilig Appetitlosigkeit. November 1873: Anschwellen der Fussrücken, bald

Digitized by Google

darauf der Unter- und Oberschenkel und Genitalien. Februar 1874: Ascites. — Bei der Aufnahme (Klinik Bamberger, 28. Mai 1874) zeigte sich: Kleiner, mässig gespannter Puls von 72, Rigidität der peripheren Arterien, Anschwellung der Vn. jugulares. Rippenbögen verstrichen, Resp. überwiegend costal. Herzdämpfung beginnt an der dritten Rippe links und ist nach beiden Seiten mässig verbreitet. Allenthalben von Schnurren begleitetes vesicul. Inspirationsgeräusch, Exspirium verlängert und dabei grobe, trockene Rasselgeräusche. H. R. Dämpfung von der Mitte der Scapula, Stimmfremitus beiderseits gleich stark. Herzstoss nicht fühlbar, Herztöne mit Ausnahme des (hellen) zweiten Aortentones schwach, fast klanglos. Ascites und Anasarca. Unter dem rechten Rippenbogen und bis gegen den proc. xiphoid. ein glatter, härtlicher Körper fühlbar. Leberdämpfung beginnt am unteren Rande der vierten Rippe und überragt den Rippenbogen um zwei Querfinger. Milzdämpfung nicht nachweisbar vergrössert. Harn reichlich Eiweiss Blutkörperchen und spärliche Exsudatcylinder enthaltend.

Es fand sich demnach: Schwellung und vermehrte Secretion der Bronchialschleimhaut, geringerer Luftgehalt des rechten Unterlappens, mässige Vergrösserung der Herzdämpfung bei abgeschwächter Herzaction, Vergrösserung der (resistenteren) Leber, Oedem, Ascites, Albuminurie. Alle diese Erscheinungen liessen sich aus der passiven Dilatation des Herzens und diese aus einer vor 20 Jahren (bei Gelegenheit des acuten Gelenksrheum.) acquirirten Läsion des Herzbeutels oder Herzfleisches (ausgebreitete myocarditische Schwiele) erklären.

Bei der Seltenheit myocarditischer Schwielen und der Häufigkeit der Herzbeutelobliteration erschien letztere Affection als wahrscheinlicher.

Bei Anwendung von Diureticis und Bettruhe besserte sich der Zustand, so dass der Kranke am 10. Juli das Spital verliess, welches er aber wegen neuerlichem Hydrops und Dyspnoë, blutigem Auswurfe am 10. October wieder aufsuchen musste.

Es zeigte sich diesmal auch noch auffallende Cyanose des Gesichtes, stärkere Anschwellung der Jugularvenen und an der Herzspitze ein systol., langgezogenes, bis zum Eingange der Aorta mit abnehmender Intensität sich fortpflanzendes Geräusch, Verstärkung des zweiten Pulmonaltones. Die Sputa enthielten viel rothe Blutkörperchen.

Die diesmal sich zeigende Bicuspidalinsufficienz konnte durch Weitergedeihen der Schrumpfung der Klappe oder dadurch bedingt sein, dass die (normalen oder wenig veränderten) Klappensegel bei der immer zunehmenden Dilatation des linken Ventrikels endlich den systol. Verschluss des erweiterten ost. venos. sinistr. nicht mehr besorgen konnten (relative Mitralinsufficienz). Die blutigen Sputa konnten entweder aus einer noch weiter — bis zur Gefässzerreissung — gediehenen Lungenhyperämie oder aus einer auf embolischem Wege zu Stande gekommenen Infarctbildung erklärt werden.

Die Sputa waren am 25. October, wo auch das systolische Geräusch nicht mehr zu hören war, nicht blutig, aber am 28. wieder. — 29. Lungenoedem (L. V. und L. H. zahlreiche, kleinblasige Rasselgeräusche).

Die Section des am 1. November Verstorbenen ergab im Wesentlichen: Beide Lungen allenthalben, unten durch dichte, schwielige Pseudomembranen mit der Brustwand und dem Zwerchfelle verwachsen, vorne gedunsen, hinten fast völlig luftleer, in vielen Antheilen etwas gekörnt. — Herzbeutel im ganzen Um-

Digitized by Google

fange durch schwielige, dem parietalen Blatte anhaftende Pseudomembranen mit dem Herzen verwachsen, Herz mässig gross, schlaff, in seinen Wandungen verdickt, in seinen Höhlen erweitert, in seinem Fleische fahl und morsch, Endocardium links getrübt, Bicuspidal- und Aortenklappe sehr stark verdickt, am freien Rande geschrumpft, letztere auch sehr stark herabgedrängt. Aorta etwas erweitert, mit zarten Pseudomembranen überkleidet. Ausgebreitete Verwachsungen im cavum peritonei.

Es hatte sich also um einen jener Fälle von lange symptomlos verlaufender Entzündung mehrerer seröser Häute gehandelt, wie sie im Verlaufe längerdauernder fieberhafter Erkrankungen nicht allzu selten vorkommen.

Während die Adhäsionen der Pleura und im Peritonealraume symptomlos verlaufen waren, dachte man an die obliteratio pericardii, wiewohl sie — wegen Abwesenheit jeder abnormen innigen Adhäsion des mit dem Herzen verwachsenen Herzbeutels mit den Nachbarorganen — nicht zu systolischer Einziehung am Herzen geführt hatte. — Während einer kurzen Zeit hatte, wie wir gesehen haben, eine relative Mitralinsufficienz (wegen abnormer Weite des ost. venos. sin.) bestanden. Die Aortenklappen waren wohl nicht weniger geschrumpft und sogar von ihren Commissuren herabgedrängt und doch waren Zeichen der Aortenklappeninsufficienz nicht vorgekommen. Dass in den letzten Lebenstagen das systol. Geräusch nicht mehr zu hören war, erklärt sich aus der damals schon sehr gesunkenen Herzaction, welche das Blut nur mit wenig Intensität in den Vorhof zurückwarf.

II. 14jähriges, in der Entwickelung sehr zurückgebliebenes Mädchen; November 1872 Typhus und sehr langsame Erholung darnach. April 1873 Kurzathmigkeit, bald darauf schmerzlose, allmälig zunehmende Anschwellung des Unterleibes, dabei keine Fiebererscheinungen und keine Anschwellung der Unter-Extremitäten. Bei der Aufnahme (11. August 1873) zeigte sich Cyanose, ikterische Färbung der Sklera, geringe Erweiterung der Jugularvenen; Brustraum verkleinert. Schwertknorpel hervorragend. Lungenschall links oben etwas kürzer, rechts bis zur vierten, links bis zur zweiten Rippe reichend. H. R. von der Mitte der Scapula an Dämpfung; überall normales Athmungsgeräusch, verlängertes Exspirium, das nur im Bereiche der Dämpfung abgeschwächt ist, woselbst auch der Stimmfremitus verringert ist. — Herzstoss über der linken Papille undeutlich fühlbar. Herzdämpfung höher gelagert, sonst normal, Herztöne rein, zweiter Pulmonalarterienton accentuirt. — Unterleib stark ausgedehnt, Bauchdecken gespannt, glänzend, Nabel verstrichen, ihre oberflächlichen Venen nicht dilatirt. Ascites. Bei Linkslagerung im rechten Hypochondrium ein glatter, harter, scharfrandiger Körper palpabel und bis in das linke Hypochondrium zu verfolgen. Leberdämpfung beginnt an der vierten Rippe und reicht nach abwärts bis etwas unter den Rippenbogen. Mässige Milzvergrösserung. — Harn etwas trübe, sauer, frei von Eiweiss und Gallenfarbstoffen. Kein Oedem der Beine oder äusseren Genitalien. — Stuhlentleerung normal.

Fast alle die genannten Erscheinungen liessen sich mit der Annahme einer Lebercirrhose im ersten Stadium erklären: Die Vergrösserung der Leber und hiedurch die der Milz, der Ascites, die icterische Verfärbung der Sklera. Der Ascites bewirkte Hochstand des Zwerchfells und dieser die Cyanose. Nicht konnte man aber daraus auch das pleur. Exsudat erklären. Der Annahme einer Lebercirrhose widersprach freilich das jugend-

Digitized by Google

liche Alter (doch gibt es constatirte, sichere Fälle derart) und das Fehlen zureichender ätiologischer Momente (Alkoholgenuss, Intermittens) — doch können „oft genug andere, ihrer Natur nach allerdings unbekannte Agentien diese Erkrankung" herbeiführen.

Im weiteren Verlaufe liessen die Athembeschwerden bei Fortbestehen der Cyanose ziemlich nach, die Kranke verliess zeitweilig das Spital, musste sich aber am 8. Mai 1874 wegen Zunahme des Ascites wieder aufnehmen lassen. Bei dieser Aufnahme war der Befund so ziemlich der nämliche wie bei der ersten Aufnahme; am 7. Juni schritt man wegen enormer Dyspnoë zur ersten Paracentesis abdominis, bei der 6200 Ccm. einer klaren, gelblichen, reichlich Eiweiss haltenden Flüssigkeit (spec. Gew. 1·015) entleert wurden; am 30. Juni und 27. Juli, später noch zwei Mal musste die Punction wiederholt werden. Der grosse Eiweissverlust durch die Punctionen machte die Abmagerung excessiv. Erst kurz vor der terminalen Pneumonie kam es zu leichtem Oedem auch der unteren Extremitäten. Die Section (10. Februar 1875) ergab folgende anatomische Diagnose: concretio pericardii cum corde subsequente hydrope universale. Residua pleuritidis et peritonitidis bilateralis, aber keine Hepatitis interstitialis.

Offenbar war auch hier (im Gefolge des Typhus) eine chronische Entzündung der grossen serösen Häute entstanden und es so zur Obliteratio peric. gekommen. Die Diagnose auf Hep. interstit. musste gestellt werden, weil eine Erkrankung des Herzens nicht nachgewiesen werden konnte und die Annahme einer Herzerkrankung zwar die Leber- und Milzschwellung, die Cyanose, nicht aber das Auftreten von Ascites ohne vorhergegangenes Oedem der unteren Extremitäten erklärt hätte. — Auch die während des Beobachtungsjahres nicht nachweisbare Leberverkleinerung brauchte nicht von der Diagnose der Hepatitis interstitialis abzulenken, da die Bindegewebswucherung nicht an allen Stellen der Leber gleichzeitig aufzutreten brauchte und eine Schrumpfung in der einen Leberpartie durch Wucherung in einer anderen leicht compensirt werden konnte. Den Umstand, dass hier die concretio pericardii nur Ascites und nicht auch Oedem der unteren Extremitäten bewirkte, erklärt W. daraus, dass die Kranke im Gefolge des Typhus gleichzeitig die Pericardial-Obliteration und die chronische Peritonitis acquirirte und dass sich deshalb die durch die concretio pericardii bewirkte Stauung im Venensysteme bildete. Diese Stauung führte aber in den durch die chronische Peritonitis bereits erweiterten Gefässen des Peritonäums zuerst und am leichtesten zur Transsudation. Durch diese in dem puncto minimae resistentiae vor sich gehende Transsudation wurde das gesammte übrige Venensystem so entlastet, dass es in den einzelnen Abschnitten desselben zu keiner Transsudation kam.

III. 14jähriger Tischlerlehrling; (aufgenommen 24. März 1874), bis vor drei Monaten niemals erheblich krank gewesen; damals trat eine schmerzlose Anschwellung der unteren Extremitäten ein, vor einem Monat auch Anschwellung des Unterleibes. — Bei der Aufnahme zeigten sich Hände, Lippen, Füsse cyanotisch, Puls unregelmässig in Bezug auf Rhythmus und Grösse; am Halse Narben von vereiterten Lymphdrüsen; Jugularvenen geschwellt, Thorax flach, in Folge der Unterleibsausdehnung kurz, Respiration beschleunigt, costal. V. L. heller Schall bis zur zweiten, R. V. bis unter die vierte Rippe heller Schall, Athmungsgeräusch

Digitized by Google

rauh vesiculär, Exspirium gedehnt. H. U. beiderseits Dämpfung in der Höhe der siebenten Rippe, Athmungsgeräusch wie vorne. — Herzbewegungen in grosser Ausdehnung sicht- und fühlbar. In der Präcordialgegend (besonders an der Herzspitze) systolisches Einsinken, diastolische Hervorwölbung, Herzdämpfung in beiden Richtungen vergrössert, Arterientöne gespalten, zweiter Pulmonalarterienton accentuirt. Unterleib stark ausgedehnt, Bauchdeckenvenen dichte Netze bildend. Unter dem rechten Rippenbogen ein glatter, harter Tumor palpabel. Leberdämpfung von der vierten Rippe bis einen Querfinger unter dem Rippenbogen. Ascites, keine Milzschwellung. Untere Extremitäten stark oedematös. Harn sauer, eiweisslos (500 bis 2000 Ccm. per Tag).

Die systolische Einziehung in der Herzspitzengegeud bei nachweisbarer Vergrösserung der Herzdämpfung und Abschwächung der Herzaction, die Cyanose und der Hydrops führten zu der Diagnose der Herzbeutelverwachsung mit Erweiterung des rechten Herzens. Es musste (wegen der deutl. systol. Einziehung) auch noch zur abnormen Fixirung des Herzbeutels an die Nachbarorgane gekommen sein. Die Vernarbungen am Halse bei Fehlen jedes anderen ätiologisch verwerthbaren Momentes führten zu der Annahme ähnlicher Processe in den Mediastinaldrüsen.

Die systol. Einziehung wurde immer undeutlicher und war nach einer Woche verschwunden (Folge der abnehmenden Herzenergie). Es kam noch zu Etablirung eines verjauchenden Abscesses in der linken Wade und, nachdem noch am 21. Mai ein heftiger Schüttelfrost (P. 40·6) aufgetreten war, starb der Kranke am 22. —

Die Section zeigte das Herz sammt den grossen Gefässen seinem ganzen Umfange nach mit dem verdickten Herzbeutel verwachsen, welches stellenweise in seiner Wandung verkreidete, morsche Massen aufwies. Herz schlaff, morsch atrophisch, rechts von wuchernder Fettschicht substituirt. Entsprechend dem sulc. transv. am rechten Herzrande und dem oberen Theile des septum. ventric. in der Herzsubstanz bis nussgrosse, meist verkäste, zum Theile in die Herzhöhlen vorspringende Aftermassen (Sarkom). Milz vergrössert. Leber braunroth, dichter.

Als Ursache der im Leben beobachteten Symptome zeigte sich also totale Verwachsung des Herzens mit seinem Beutel durch eine sarcomatöse Neubildung, welche zu chronischer Pericarditis und Fixirung der Herzbasis geführt hatte, indem der Herzbeutel in der Gegend des sulcus. transversus innig mit den Gebilden des hinteren Mediastinums und also indirect mit der Wirbelsäule verbunden war. Die Fixirung der Herzbasis bei beweglicher Herzspitze hatte also die systol. Einziehung bewirkt, ohne dass es zu Verwachsung des Pericards mit der Costalpleura und der vorderen Brustwand gekommen wäre. Die vorderen Lungenränder waren ganz frei von Adhäsionen gewesen, ihre Aspiration hatte aber keineswegs zur Deckung des durch die Locomotion der Herzspitze entstandenen leeren Raumes ausgereicht, wozu vielmehr das Einsinken der vorderen Brustwand erforderlich war.

Bettelheim.

Digitized by Google

2. Die Ueberanstrengung des Herzens. Von Thom. Clifford-Albutt, J. M. Da Costa, Arthur B. R. Myers, Johannes Seitz, W. Thurn. Herausgegeben von Dr. J. Seitz in Zürich. Berlin, 1875. Verlag von August Hirschwald. (Vierteljahrschrift für prakt. Heilk. 127; nach einem Referate von Ganghofer.)

Die Lehre von der spontanen Dilatation und Hypertrophie des Herzens ist wohl keine ganz neue, da verschiedene ältere, namentlich englische Autoren das Vorkommen derselben für zweifellos hielten; doch hatte sie im Laufe der Zeit an Boden verloren, seit die neuere Herzpathologie in ihrer exacten Erkenntniss der Klappenkrankheiten, bei ihrer allerdings zumeist in Endocarditis und Endarteriitis begründeten Entstehung immer mehr dazu geführt hat, jene Veränderung der Herzmusculatur als Folgezustände primärer Klappenfehler zu betrachten und anderen früher mehr berücksichtigten Factoren und Einflüssen ein geringeres Gewicht beizulegen. Das Studium der Herzkrankheiten schien bereits so ziemlich abgeschlossen und vor der Hand keine Aussicht vorhanden, auf diesem Gebiete wesentlich Neues beizubringen, als nahezu gleichzeitig die Arbeiten jener oben genannten Autoren erschienen, deren zum Theil sehr sorgfältige Beobachtungen geeignet sind, die älteren Anschauungen von der Ueberanstrengung, selbständigen Ermattung, spontanen Dilatation des Herzens wieder wahrscheinlicher machen.

Albutt stellt bezüglich der chronischen krankhaften Veränderungen, wie sie durch angestrengte Arbeit gesetzt werden, folgende Ordnung auf: Ausweitung 1) des rechten, 2) des linken Herzens, 3) Hypertrophie des linken oder beider Ventrikel, 4) chronische Entzündung der Aorta und der Aortaklappen, 5) Ausweitung der Aorta, 6) Insufficienz der Aortaklappen, 7) consecutive Wandverdickung des linken Ventrikels, 8) Nachlass der compensatorischen Hypertrophie mit Entkräftung des Herzens und oft mit folgender Mitralinsufficienz. Die Ausweitung und einfache Wandverdickung des Herzens fand er bei Patienten, die, Ueberanstrengung unterworfen, der nöthigen Ernährung entbehrten; dieselbe betrifft vorwiegend das rechte Herz in jenen Fällen, wo die Lungencirculation gehemmt ist, sei es durch Volumsveränderung derselben, oder durch unzweckmässige beengende Kleidung, wie bei Soldaten, oder durch Beschäftigung mit Arbeiten, bei denen unter Fixation der Thoraxwandung die gehörige Ausdehnung derselben behindert wird, so Lastenheben etc. Die bei diesen Zuständen sich öfter herausbildenden Insufficienzen der Cuspidalklappen sind nicht immer relativ durch Dehnung der venösen Ostien bedingt, vielmehr schliesst sich A. der Ansicht an, dass die Insufficienz in Entartung der Papillarmuskeln und Sehnenfäden ihren Grund habe. Anhaltende schwere Arbeit führt allmälig zu Ausweitung der Aorta, die nicht wie der linke Ventrikel hypertrophiren kann, wobei das mechanische Moment auch beim Zustandekommen der Endarteriitis in Betracht kommt, Die Aortaklappen werden insufficient, allerdings oft durch Vermittelung

Digitized by Google

von chronisch entzündlichen Processen, was relativ aber auch ohne diese bei Dilatation ihres Ostiums, und in den seltensten Fällen durch Ruptur bei plötzlich einwirkendem heftigen Blutanprall gegen dieselben erfolgt. Das Nachlassen der Compensation wegen Ernährungsstörung des Herzmuskels erklärt Albutt aus ungenügender Füllung der Coronararterien, welche wohl in einzelnen Fällen bedingt sein kann durch atheromatöse Erkrankung derselben, häufiger aber durch den Elasticitätsverlust der Aorta oder die Insufficienz ihrer Klappen, weil in beiden Fällen die Bedingungen zu einer genügenden Füllung der Kranzarterien, die während der Diastole stattfindet, nicht vorhanden sind. Schliesslich bespricht A. die Entstehung der Aneurysmen, deren Ursache er häufiger noch als in constitutionellen Degenerationen in mechanischen Einflüssen sucht, für welche Ansicht er unter Anderem die überwiegende Häufigkeit des Vorkommens bei Männern, sodann die nicht selten constatirbare Beschränkung des atheromatösen Processes auf die allernächste Umgebung des Aneurysma ins Treffen führt; die Endarteriitis betrachtet er als Folge eben jener Gewalteinflüsse.

Da Costa beschreibt unter dem Titel: „Ueberreizung des Herzens" Erkrankungen, die häufig bei Soldaten nach Diarrhöen auftraten, sich durch Athemnoth, Schwindel, Herzklopfen, Schmerz im Thorax charakterisirten und zumeist die Entlassung aus dem Dienste zur Folge hatten. Häufig sah er, wie solche Fälle einfach functioneller Störung in wahre Herzhypertrophie übergingen. Insbesondere hebt er dabei hervor: die enorm vermehrte Pulsfrequenz, welche im Liegen bald abnimmt, und oft auch in fieberhaften Krankheiten geringer wird; die Athemnoth bei nicht erheblich vermehrter Respirationsfrequenz, ferner verschiedene, theils das cerebrospinale, theils das sympathische Nervensystem betreffende Störungen. Unter 200 Erkrankungen entfallen 2 Drittel auf das Alter von 16—25 Jahren, und darunter die meisten auf das 20.—25. Lebensjahr. Als Hauptursache erscheinen rasche und lange Märsche, schwere Arbeit, ja auch leichtere Anstrengungen bei Leuten, die durch unzureichende Ernährung geschwächt waren, oder deren Herz durch Fieber, Diarrhöen etc. Störungen erfahren hat. In der Therapie des Leidens, welches in noch nicht weit vorgeschrittenen Fällen heilbar ist, spielt Ruhe wohl eine grosse Rolle; wo diese allein nicht genügt, will er von der Anwendung der Digitalis, des Aconits und des Veratrum viride Erfolge gesehen haben.

In einem zweiten Aufsatze schildert Da Costa zunächst eine Anzahl von Krankheitsfällen, wo Endocarditis angenommen werden musste, ohne dass Rheumatismus, Morbus Brightii oder irgend eine krankhafte Diathese als ursächliches Moment zu constatiren war. Da C. hält es für wahrscheinlich, dass heftige Anstrengungen die Veranlassung dieser idiopathischen Endocarditis waren. Weiterhin beschreibt er Fälle von Herzhypertrophie, die nichts zu thun haben mit Endocarditis oder Pericarditis,

Digitized by Google

und die bald nach strengen Märschen oder nach typhösen Fiebern entstanden, wenn der Mann sofort nach der Reconvalescenz Dienst thun musste, wo das noch schwache und überreizte Organ zu Dilatation und Hypertrophie disponirt war. Todesfälle in Folge dieser Hypertrophie wurden nicht beobachtet, aber auch kein Fall von Heilung bei sehr ausgesprochenem Grade des Leidens. Doch liess sich die Krankheit bis zu einem sehr hohen Grade beschwichtigen und bei zweckmässigem Verhalten befanden Viele sich ganz wohl.

A. B. R. Myers weist in einer Abhandlung „Ueber die Häufigkeit und die Ursachen der Herzkrankheiten der Soldaten" aus zahlreichen statistischen Zusammenstellungen nach, dass trotz der geringen Sterblichkeit in der Armee gegenüber der civilen Bevölkerung die Zahl der Herzkrankheiten bei letzterer einen geringeren Percentsatz ausmacht als in der Armee. Die Ursache dieses Ueberwiegens der Mortalität an Herzleiden bei Soldaten lässt sich dabei nicht aus häufigerem Vorkommen von Rheumatismus, Nierenleiden, Alkoholmissbrauch oder Syphilis erklären, welcher M. einen immerhin bedeutenden Einfluss einräumt. Viele Fälle präsentiren sich anfangs als einfache Herzhypertrophie, deren Veranlassung in Ueberanstrengung, forcirten Märschen, allzu jugendlichem Alter der Recruten (18 Jahre), namentlich aber in unzweckmässiger beengender Bekleidung, Einschnürung des Halses und dadurch gesetzter Circulationsstörung zu suchen wäre. Das häufige Vorkommen von Aortaklappenfehlern und Aneurysmen der Aorta ist nach ihm ebenfalls in mechanischer Insultation der Aortaklappen und der Intima des Aortenrohres in Folge der Blutdrucksteigerung zu suchen, während ein Theil dieser Affectionen auf syphilitische Erkrankung der Aorta bezogen wird. Um den Einfluss darzulegen, welchen die Kleidung auf mechanische Circulationshemmung übt, führt M. unter Anderem ein Beispiel an, wo von mehreren Regimentern blos eines durch die sogenannte Herzform des Sonnenstichs arg in Mitleidenschaft gezogen wurde, während 3 andere verschont blieben. Es war der berüchtigte Marsch von Chin-Kiang-Foo, bei welchem gesunde starke Männer des 98. Regiments, eben gelandet, regimentarisch uniformirt, bei Ersteigung der Höhen in Anzahl todt zusammensanken, während das 18., 49. und 56. Regiment nicht einen Mann verloren; letztere trugen die Uniformen offen und den Hals frei.

Die eigene Arbeit des Herausgebers „Zur Lehre der Ueberanstrengung des Herzens" ist unseren Lesern bereits im Auszuge bekannt, eben so wie die Publication von Kunze über diesen Gegenstand.

Auch W. Thurn, Stabsarzt im 1. Bat. Grossh. Hess, hat eine Anzahl von Herzleiden beobachtet, die unabhängig von Rheumatismus oder anderen Krankheiten, lediglich auf angestrengte Muskelarbeit, psychische Affecte, Nervosität etc. zurückgeführt werden konnten. Die veränderten Lebensverhältnisse, die Nahrung, die erhöhte Lufttemperatur zur Zeit der militärischen Uebungen, welche in die Sommermonate fallen, sind Schuld,

Digitized by Google

dass die Strapazen derselben von jugendlichen Recruten oft schlecht vertragen werden, dass unter dem Einfluss herabgesetzter Ernährung der Herzmuskel ermüdet, das Blut nicht mehr in normaler Weise ausgetrieben werden kann, was allmälig zur Dilatation und excentrischen Hypertrophie des Herzens führt. Verf. erörtert weiter den Einfluss der Respirationsthätigkeit auf die Entwickelung dieser Herzleiden, beschreibt den Symptomencomplex derselben, wobei er eine niedere und höhere Stufe der Affection unterscheidet, und schildert den weiteren Verlauf als einen in der Regel günstigen; er beobachtete bei drei Viertel seiner Fälle, dass nach dem Ueberstehen der Einübungszeit, nach der Ruhe im Winter, der Eingewöhnung der Recruten in die neuen Lebensverhältnisse eine Kräftigung des Körpers eintrat, und die noch fortbestehende mässige Herzhypertrophie zu keinen wesentlichen Störungen Anlass gab. Bei anderen Fällen kam es allerdings zu bedeutender Herzvergrösserung, zu Klappenfehlern, in einem Falle scheint die Herzhypertrophie eine Rückbildung erfahren zu haben. Redaction.

3. Ein Fall von Endocarditis acuta idiopathica mit nachfolgender Embolie der l. Art. foss. Sylvii, Gehirnerweichung, Tod.

Von Dr. Alfred Solkowski in Görbersdorf. (Dtsch. medic. Wochenschr. I., 13.)

Ein 23jähriges Dienstmädchen, aufgenommen in das Warschauer Krankenhaus am 1. October 1873, gab an, seit 4 Tagen abwechselnd an Kälte, Frösteln und Hitze, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit zu leiden. Man fand eine T. von 39·2, einen kleinen weichen Puls von 100; Herzstoss zwischen 5. und 6. R. l. in der Mamillarlinie, daselbst ein gegen die „Basis sterni" zu abnehmendes systolisches Geräusch mit dem Charakter leichten Reibens; 2. Pulmonalarterienton etwas verstärkt. T. Abends 40, Morgens die nächsten 2 Tage 38·4, P. 84—90, das syst. Geräusch an Intensität zunehmend, wie auch der r. Ventrikel am 4. October Abends vergrössert erschien.

Man diagnosticirte Endocarditis acuta idiopathica auf Grund 1. des stetig intensiver werdenden systolischen Geräusches im l. Ventrikel, 2. der innerhalb 3 Tagen zu Stande gekommenen Erweiterung des r. Ventrikels, 3. der Ueberfüllung des kleinen Kreislaufes (Verstärkung des 2. Pulmonalarterientones), 4. des Fiebers von 39—40.

Unter andauerndem mässigen Fieber (38—38·8, P. 80—90), zunehmender Verstärkung des 2. Pulmonalarterientones in der Zeit vom 4. bis 13. October bekam Pat. in der Nacht des 13. eine rechtsseitige motorische und sensible Lähmung mit Aphasie (recte Logoplegie nach Jaccoud, da die Kr. wohl unbestimmte Klagelaute von sich geben, auch sich durch Gesticulationen verständlich machen, d. h. wohl Gedanken im Gehirne bilden, aber nicht zum Sprachcentrum leiten konnte) und Taubheit des r. Ohres; gleichzeitig war die Milz vergrössert und druckempfindlich. Abends (T. 40·4, P. 100) fing die Lähmung (zuerst im rechten Beine) an zurückzugehen, um vom 15. ab sammt der Sprachstörung ganz zu verschwinden. Man diagnosticirte jetzt Embolie der l. Art. foss. Sylv. und der Art. lienalis.

Die Schwäche wurde immer grösser, T. 38·2—40 Morgens, 39—40·4 Abends, P. 88—100; Zunahme der Erweiterung des r. und auch des l. Ventrikels, Ausbreitung des Geräusches über das ganze Herz; Husten, verschärftes Athmen und kleinblasiges Rasseln auf beiden Lungen, Zunahme des spec. Gewichtes des nun auch

Digitized by Google

Eiweisshaltenden Urins. Allmälig (29. October bis 10. Novemebr) entwickelte sich eine allgemeine Depression, vollkommenes Schwinden des Gedächtnisses, beginnende Erweichung des Gehirnes, zunehmendes Fieber (bis 40·6, P. bis 120, fadenförmig), Transsudation in beide Pleurahöhlen.

Dass die Erscheinungen der Gehirnerweichung erst allmälig sich an die der Embolie angeschlossen hatten, erklärt sich daraus, dass die partielle Anaemie bei der Embolie sich zunächst in den tiefgelegenen weissen Schichten des Gehirnes einstellt und erst später die Erweichung der peripheren (grauen) Substanz sich hinzugesellt. Die Erweichung localisirte S. auf das corpus striatum, die insula Reilii, die 3. l. Stirnwindung (Jaccond). Der Depressionszustand nahm (12. November) etwas ab, die Kr. antwortete wieder auf Fragen mit vollem Bewusstsein, gleichzeitig kam es jedoch zu einer doppelseitigen (hypostatischen) Pneumonie (crepitirendes Rasseln h. u.), Tod am 20. November.

Die Section bestätigte die Diagnose in Allem. In der l. Art. Foss. Sylv. fand sich ein halbdurchsichtiger, knorpelharter Embolus, die corticalis der insula Reilii, des corp. striat. und lenticulare l. kleiner, gelber, härter, Vernarbung der erweichten Partien. L. 3. Stirnwindung intact!! Pneumonie l. und r., beiderseits seröse Ergüsse. Das Herz allseitig, bes. rechts vergrössert. Verdickung der mit Blutgerinnseln bedeckten geschwürigen Ränder der Mitralklappe. Milz- und Niereninfarcte.

Der Fall ist bemerkenswerth: 1. als Beispiel einer primären, acuten (ulcerösen, Ref.) Endocarditis (dass die Kr. schon vorher eine chron. Encarditis gehabt, ist, trotzdem die Anamnese nichts dafür sprechendes ergab, sehr möglich, Ref.). 2. Als Beweis, dass der Anfang der 3. l. Stirnwindung bei der Alalie auch intact sein kann und letztere durch Affection der insula Reilii und des corp. striat. l. bedingt sein kann. Prof. Brodowski fand, dass langsam sich entwickelnde Ernährungsstörungen (Tumoren z. B.) der letztgenannten Gehirnpartien nicht immer Alalie hervorrufen, wohl aber rasch entstehende (Embolie, Haemorrhagie). 3. Der partiellen Anaemie in Folge der Embolie entsprach die Hemiplegie und Alalie, die aber schon 12 Stunden später (Collateralkreislauf) schwanden. Die Anaemie hatte aber doch eine allmälig auch die grauen Theile erreichende Erweichung zu Folge (Depression, Gedächtnissverlust); die Rückkehr des Bewusstseins vom 12. November ab erklärt sich S. aus dem Vernarbungsprocesse und dem vicariirenden Eintreten der anderen Hirnhemisphäre.

Bettelheim.

4. Ueber respiratorische Paralysen. Von Franz Riegel. (Sammlung klinischer Vorträge von Richard Volkmann. Nr. 95.)

Der Kehlkopf hat einerseits die Aufgabe, die Athmung zu besorgen, andererseits ist er das eigentliche Organ der Stimmbildung. Demzufolge ist er auch mit diversen Muskelapparaten versehen: Der eine, der der Stimmbildung dient, ist ein ziemlich complicirter und verfügt über eine relativ grosse Anzahl von Muskeln; der zweite dagegen wird ausschliesslich nur durch ein Muskelpaar der mm. cricoarytaenoid. post. als eigentliche Glottiserweiterer repräsentirt, denen als Antagonisten die Verengerer der Stimmritze gegenüberstehen. Dem entsprechend scheidet R. die Lähmung der Kehlkopfmuskeln in 2 diverse Gruppen: jene der phonischen und respiratorischen Paralyse. Fälle, in denen diese beiden gewissermassen entgegengesetzten Muskelgruppen gelähmt sind, subsumirt Verf. unter dem Ausdrucke der gemischten Lähmungen.

Digitized by Google

Sind die mm. cricoarytaenoidei post. paralysirt, so ist die Stimmritze im Zustande der Ruhe in einer mittleren Weite und kann activ die für die Stimmbildung nothwendige weitere Annäherung der chord. vocal. noch zu Wege bringen; ist dagegen der N. recurrens (durch Druck von Geschwülsten: Aortenaneurysmen, Mediastinaltumoren, durch Trauma oder sonst eine Ursache) leitungsunfähig geworden, so befindet sich die Stimmritze allerdings gleichfalls im Zustande der Ruhe und ist eine gleiche Stellung der Stimmbänder vorhanden (Cadaverstellung der Stimmbänder), doch ist eine weitere Annäherung nicht mehr möglich und muss demzufolge das betreffende Individuum aphonisch erscheinen.

Zu Beginn der Erkrankung wird die Lähmung der mm. cricoaryt. bei ruhigem Verhalten mittlere Weite der Stimmritze und also der Luft einen genügenden Durchschnitt gestatten; bei starker Bewegung dagegen wird die nothwendige weitere Erweiterung der Stimmritze ausbleiben und Dyspnoë eintreten. Persistiren die Lähmungen durch längere Zeit, so erhalten die Stimmritzenverengerer so weit das Uebergewicht, dass sie selbst im Moment der Ruhe die Stimmritze so verengern, dass bedrohliche Störungen der Respiration hieraus resultiren. Wir sprechen alsdann von paralytischen Contracturen. — Hat man es nur mit einer unilateralen Paralyse eines musc. crico aryt. zu thun, so bleibt, wie leicht begreiflich, die Störung der Respiration ganz aus.

Je completer die Paralyse der Stimmritzenerweiterer, um so rascher entwickelt sich die secundäre Contractur der Antagonisten. In einem vorgerückteren Stadium der bilateralen Paralyse ist die Dyspnoë stets eine inspiratorische, und tritt namentlich der costale Typus der Respiration deutlich vor: die regio epigastrica, das untere Ende des Sternum, die angrenzenden Rippen und die von selben erzeugten Intercostalräume, das Jugulum und die Schlüsselbeingruben sinken im Moment der Inspiration tief ein; hierbei macht der Larynx (zum Unterschied von den Trachealstenosen) grosse Excursionen, [wohingegen selbe bei den Trachealstenosen entweder gar nicht oder doch nur minimal zu Wege gebracht werden können (Gerhardt)], aber die Stimme bleibt intact. Durch die laryngoskopische Untersuchung kann die Diagnose absolut festgestellt werden. Man findet in der Regel bei Abwesenheit von anderweitigen Complicationen das Kehlkopfinnere von normaler Farbe, die Stimmritze verengt sich im Moment des Intonirens völlig normal, aber sie erweitert sich nicht im Momente eines tiefen Inspiriums. Doch ist auch das Symptomenbild der doppelseitigen vollständigen und reinen Lähmung der Glottiserweiterer ein nahezu charakteristisches, so dass auch ohne Laryngoskop mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit (wenn auch nicht völligen Sicherheit) auf das Vorhandensein dieser Lähmungsform geschlossen werden kann. Das hier gegebene klinische Bild der Affection entspricht indess nur einer höhergradigen reinen und

Digitized by Google

uncomplicirten Form. Die frische Lähmung der Glottiserweiterer hat, wie sich dies auch schon theoretisch erwarten lässt, dieselbe Stellung der Stimmbänder aufzuweisen, wie sie auch der doppelseitigen completen Recurrenslähmung entspricht. Doch unterscheidet sie sich von dieser in der ersten Zeit nur dadurch, dass bei ersterer Aus- und Einwärtsbewegung fehlen, bei letzterer dagegen nur die Auswärtsbewegung. Es sind sohin in den früheren Stadien dieser Affection, wie auch bei den viel häufiger vorkommenden unvollständigen Formen dieser Lähmung die oben geschilderten Symptome der Stenose noch nicht oder doch in viel geringerem Grade entwickelt.

Der weitere Verlauf gestaltet sich in den einzelnen Fällen verschieden: in manchen Fällen, zumal jenen einer weniger vollständigen Lähmung, bestehen die Erscheinungen der Glottisstenose Jahre lang unverändert fort und vertragen die Patienten die hiedurch entstehenden Beschwerden bei entsprechender Schonung ziemlich gut. In anderen Fällen erreicht die Dyspnoë, namentlich bei zuweilen hinzugetretenen anderweitigen Complicationen (Laryngitis, Tracheitis, Bronchitis) so enorme Grade, dass man zur sofortigen Tracheotomie seine Zuflucht nehmen muss. Nur müssen derartige Kranke, sollen nicht neuerdings Suffocationserscheinungen hinzutreten, und falls es nicht gelingt, die Paralyse zu beseitigen, die Canüle beständig tragen. In den meisten bis jetzt bekannt gewordenen Fällen tritt Heilung nicht ein, vielmehr bestand selbe durch lange Zeit hindurch unverändert fort, oder es erfolgte durch eine sonstige hinzugetretene Erkrankung oder auch durch die Grundkrankheit schliesslich der letale Ausgang.

Die Aetiologie der Erkrankung hat noch sehr wenig Positives aufzuweisen, und zwar aus leicht begreiflichen Gründen, weil es nach R. wohl stets ein besonderes Spiel des Zufalls ist, wenn gerade nur diejenigen Fasern des Recurrens gelähmt werden, die zum musc. cricoaryt. post. gehören. Doch muss es auch bei myopathischer Entstehungsweise gewiss zu den Seltenheiten gehören, dass gerade nur beide musc. cricoaryt. post. functionsuntauglich werden, während alle übrigen Muskeln intact bleiben. Vorausgehende Katarrhe, Leitungsstörungen centralen oder peripheren Ursprungs im Bereiche der nvi. recurrentes oder der nvi. Vagi müssen immerhin als eine Ursache der Lähmung der Stimmbändererweiterer hingestellt werden. Auch Infectionskrankheiten, insbesonders die Diphtheritis, die acuten Exantheme, Erysipel u. s. w. sind als nicht ganz seltene Ursache der Lähmung der Stimmbanderweiterer anzuführen. Auch ist die Hysterie als eines, wenngleich nicht oft vorkommenden, veranlassenden Momentes zu erwähnen.

Mit Rücksicht auf die Differentialdiagnose der bilateralen Paralyse ist wenig zu erwähnen. Die laryngoskopische Untersuchung allein ist im Stande, die Diagnose sicherzustellen. Lähmungen des

Digitized by Google

gesammten Recurrensstammes könnten nur bei äusserst flüchtiger Untersuchung vorübergehend zur Verwechslung mit der in Rede stehenden Affection Veranlassung geben. Doch gestattet diese Affection, wenn sie complet ist, niemals vollkommenen Schluss der Stimmbänder und geht darum immer mit Aphonie einher, wohingegen die doppelseitige Lähmung der Glottiserweiterer stets normalen Glottisschluss zulässt, die Stimme somit hier stets wohl erhalten bleibt.

Schwieriger ist es, den Glottiskrampf von der in Rede stehenden Affection zu unterscheiden, wenngleich eine solche Verwechselung nicht in jenen Fällen möglich ist, in denen der Beginn der Affection ein relativ allmäliger ist und die bedrohlichen Erscheinungen sich allmälig potenziren. Doch kommen auch Fälle vor, wo die stenotischen Erscheinungen anfallsweise plötzlich eintreten und stets nur relativ kurze Zeit andauern. Dies gilt besonders von hysterischen und sogenannten rheumatischen Stimmbandlähmungen, doch ist hiebei immer daran festzuhalten, dass die antagonistische Contractur niemals sofort, sondern stets erst nach einem längeren Zeitraume sich entwickelt. Mit dieser aber beginnt erst die hochgradige Dyspnoë. Ein weiteres Moment für den Glottiskrampf ist das gleichzeitige Auftreten von Krämpfen in anderen Muskelgruppen, wenngleich letzteres niemals als absolut beweisend angesehen werden kann (so namentlich bei der schon erwähnten Hysterie). — Ebensowenig kann das längere Andauern der stenotischen Erscheinungen als ein beweisendes Moment gegen den Glottiskrampf und für die Paralyse der Glottiserweiterer verwerthet werden.

Die Prognose ist in reinen ausgesprochenen Fällen meistens als ungünstig zu bezeichnen. Nur die hysterischen, diphtheritischen und rheumatischen Formen gestalten sich relativ besser.

Die Therapie hat bis dahin wenig Erfolg aufzuweisen, und wird selbstverständlich die Behandlung je nach der veranlassenden Ursache, insoferne eine solche eruirbar, eine verschiedene sein müssen. Wo es möglich ist, das Causalmoment zu heben, wird man begreiflicher Weise dahin vor allem Anderen sein Augenmerk richten müssen. Unter den direct gegen die Lähmung gerichteten Mitteln ist der elektrische Strom zu erwähnen. In Fällen, die im Gefolge von Infectionskrankheiten auftreten, ist neben der Elektricität die subcutane Application von Strychnin am Platze, und kann man nach Acker selbst eine Dosis von 0·02 Strychn. nitr. pro die durch längere Zeit ohne schädliche Folgen injiciren. — Zur Erleichterung der Athembeschwerden dürfte sich auch die Einathmung comprimirter Luft sehr wohl empfehlen.

In Fällen hochgradiger Dyspnoë ist die Tracheotomie indicirt, doch ist die Operation so lange aufzuschieben, bis hochgradige Suffocationserscheinungen die sofortige Vornahme derselben dringend erheischen. Schliesslich ist in neuester Zeit von Sidlo die Katheterisation des Larynx bei ähnlichen Fällen mit Erfolg geübt und deshalb wärmstens

Digitized by Google

empfohlen worden. Sidlo hat in der That in einem Falle (Wiener medic. Wochenschrift 1875, Nr. 26—29) den besten Erfolg hiermit erzielt. R. verspricht sich hiervon nicht viel, indem er den Einwand erhebt, im gedachten Falle sei erwiesenermassen der Lähmung eine mechanische Veranlassung (Narbe an der hinteren Larynxwand) zu Grunde gelegen und deshalb sei ein Erfolg nach der Cathetrisatio laryngis sehr wohl erklärlich und meint, man dürfte in Fällen reiner Lähmung der Erweiterer kaum von diesem Verfahren einen Erfolg sich versprechen, was er eingehender zu begründen sucht. Drozda.

5. **Symptomatische Glycosurie.** Von Prof. Quincke. (Berl. klin. Wochenschrift 1876 Nr. 37, 38.)

Qu. beobachtete in einem Falle von weit vorgeschrittener Lebercirrhose durch mehrere Monate das Erscheinen von Zucker im Harne. Die tägliche Harnmenge schwankte anfangs zwischen 1400 und 600 CCm., der Zuckergehalt zwischen 6,2 und 0,8 %, während später, wo mehrmals die Paracentese des Unterleibs vorgenommen werden musste, die Harnmenge bis auf 200 CCm. sank und der Zuckergehalt während dieser Periode zwischen 2,6 und 0,25 % schwankte. Auffallend war es dabei, dass der Kranke während dieser ganzen Zeit weder vermehrten Durst noch Trockenheit des Mundes, noch Polyurie zeigte, trotzdem der Harn und die Punctionsflüssigkeiten stets Zucker in nicht unbeträchtlicher Weise enthielten.

Die Ursache des Zuckergehaltes des Harns und der Gewebe kann nur in der Lebercirrhose gesucht werden.*) In Folge des Untergangs eines grossen Theiles des Leberparenchyms ist die Gelegenheit zur Aufstapelung der Kohlenhydrate in der Leber sehr ungünstig und es kann ein directer Uebergang von Kohlenhydraten (durch Collaterale der Pfortader oder durch den Chylus) ins Blut stattfinden.

Dass diese Möglichkeit vorliegt, beweisen einerseits die seltenen Fälle, in denen bei Lebercirrhose Zucker im Harne auftritt, andererseits aber die Beobachtung von Contourier, der bei Kranken mit Lebercirrhose den Harn nach reichlicherem Genusse von Kohlenhydraten zuckerhaltig fand. Schon 3 Stunden nach dem Genusse von 100 Grm. Brod oder 30 Grm. „Sirop d'asperge" oder zwei Weintrauben trat derselbe in der Menge von 0,5—0,7 % im Harn auf. C. geht so weit, diese „glycosurie alimentaire" zur Differentialdiagnose zwischen Ascites bei chronischer Peritonitis und bei Pfortaderstauung benutzen zu wollen. Diese Glycosurie ist übrigens sehr transitorisch, sie verschwindet bis zum nächsten Morgen.

Im Anhange hieran theilt Qu. einen Fall von Glycosurie nach einer Opiumvergiftung und seine Versuche über den Einfluss der Opiumnarkose auf das Auftreten von Zucker im Harne der Kaninchen und Hunde mit.

*) Die Section bestätigte die gemachte Diagnose und zeigte durchaus keine Veränderung in der Medulla oblongata.

Digitized by Google

Bei diesen Versuchen zeigte es sich, dass wohl eine reducirende Substanz im Harne auftrat; sie konnte jedoch nicht mit Bestimmtheit als Zucker nachgewiesen werden. Sicher gestellt scheint nach den bisherigen Beobachtungen an Menschen und Thieren nur die Thatsache zu sein, dass bei Morphiumvergiftung von einer gewissen Intensität im Harne gewöhnlich eine reducirende Substanz in auffallend grosser Menge auftritt. Diese Thatsache kann eventuell diagnostisch verwerthet werden.

Nathan Weiss.

6. Gleichzeitiges Vorkommen von Morbillen und Abdominaltyphus bei einem und demselben Individuum, beobachtet von Dr. Jos. Fischl. (Prager medic. Wochenschrift, 1876.)

In den ersten Tagen des Monates Jänner 1876 erkrankte die fünfjährige S. H. an Abdominaltyphus, der damals neben Morbillen in dem betreffenden Stadtviertel häufig vorkam. Der Fall war ein vollkommen ausgebildeter; vom 27. Jänner bis 8. Februar waren die abendlichen Exacerbationen ausgeblieben; am 9. Februar jedoch kam es zu einem abermaligen Fieberanfall, worauf bald eine Intumescenz der (schon detumescirten) Milz, Exacerbation des noch geringen Bronchialkatarrhs, eine Eruption von Roseolaflecken am Abdomen und an den unteren seitlichen Thoraxpartien folgte, so dass die Diagnose eines Recidivs als vollkommen begründet schien. Unterdessen waren die 2 anderen Geschwister der Kranken an Masern erkrankt, und obgleich letztere von denselben vollständig isolirt wurde, traten am 21. Februar bei ganz gleichem Verhalten in Betreff der Temperatur, Pulsfrequenz und Milzschwellung etc. Zeichen einer stattgehabten Infection, wie Injection der Conjunctiva, Thränenfluss, heftiger Schnupfen und Nasenbluten auf. Am 24. liessen sich nicht nur an der Schleimhaut des Gaumens, sondern an der der Lippen und Wangen, sowie am Zahnfleische theils streifig, theils punktförmig geröthete Stellen nachweisen; am 25. konnte man an beiden Schläfen, an der Stirn und an den seitlichen Partien des Halses sehr zahlreiche theils flache, theils über die Haut sich erhebende Efflorescenzen nachweisen, welche bis zum 26. sich noch über den grössten Theil des Rumpfes und Oberschenkels verbreiteten; gleichzeitig sah man etwa 20—30 hirsekorn- bis erbsengrosse, mit seröser Flüssigkeit gefüllte und von einem rothen Hofe umgebene Bläschen, die zerstreut am ganzen Körper, vorwiegend jedoch im Gesichte, waren; einige derselben boten eine centrale Vertiefung dar. Am 28. war das Masernexanthem blässer geworden; die erwähnten Bläschen gingen die gewöhnlichen Metamorphosen ein; aus dem Umstande, dass nach Erbleichen des Exanthems noch ein Fieber intermittirenden Charakters (vom 28. Februar bis 7. März) andauerte, was bei uncomplicirten Morbillen nur ausnahmsweise vorkommt, schliesst F., dass der Abdominaltyphus erst jetzt seinem Ende entgegenschritt.

Heitler.

Digitized by Google

7. Zwei Fälle von Hitzschlag. Von Dr. Siedamgrotzcky in Danzig. (Berl. kl. Wochenschr. Nr. 29, 1876.)

Auf einem Uebungsmarsche bei 22.4° R. im Schatten wurde unter den Marodeurs ein kräftiges Individuum ganz bleich, stark schwitzend, mit blauen Lippen, injicirten Augen, völlig bewusstlos und bei fast erloschener Respiration aufgefunden. Kalte Umschläge und künstliche Athmungsbewegungen riefen langsame, stertoröse Respiration hervor. Bis zur Ueberbringung in's Lazareth hatte sich der Zustand nicht geändert, dortselbst wurden ihm 3 Pravaz'sche Spritzen Liqu. Ammon.-anist. injicirt, der Kranke wurde in ein laues Bad gesetzt und mit kaltem Wasser an Kopf und Rückgrat übergossen — die Herzaction hob sich zwar etwas, allein das Bewusstsein kehrte nicht wieder; nach einigen Stunden bildete sich starke Contractur der Nackenmuskeln aus, der Leib wurde kahnförmig eingezogen, P. 150 bis 160, T. 42°, Exit. letal um 7 Uhr Abends. Die Obduction ergab ein sehr weiches Gehirn, Blutergüsse unter das Neurilem beider Hals-Sympathici, in die Gefässscheide der l. Carot. commun. 2 Querfinger über dem Schlüsselbeine, bis bohnengrosse Petechien unter der Pleura, stecknadelkopfgrosse unter beiden Blättern des Pericardiums, unter dem Endocardium, blauschwarze Lungen, schwarzes, dünnflüssiges Blut, das sich an der Luft nicht röthete. Die weissen Blutkörperchen waren stark granulirt, deutlich hervortretend, ein Theil im Zerfall begriffen, die rothen völlig farblos, zwischen beiden moleculare Massen. — Der 2. Fall betraf einen Mann, der 6 Wochen früher eine rechtsseitige Pneumonie überstanden hatte. Die Temperatur an dem Tage, an welchem er im Gliede umfiel, war 19.2° R. im Schatten. Er bot nebst den Erscheinungen des 1. Falles noch das Stokes'sche Respirationsphänomen. Nach $1^1/_2$ Stunden war Patient wieder bei Bewusstsein und klagte über Stechen auf der l. Brusthälfte. Beim Eintreffen in's Lazareth hatte Patient 39°, jedoch am Abend schon normale Temperatur. Die Brustschmerzen hielten an, am 3. Tage liess sich Pleuritis constatiren. In beiden Fällen nimmt S. eine krankhafte Veränderung des Blutes als Ursache der Erscheinungen an (ob das Blut auch im 2. Falle untersucht wurde, wird nicht gesagt, Ref.) und lässt die Pleuritis im 2. Falle aus einem Bluterguss in die Pleurahöhle entstanden sein. Jellinek.

8. Der paralytische Irrsinn. Von Dr. H. Obersteiner. (Bericht der Privatheilanstalt zu Ober-Döbling.)

Die nachfolgenden Thatsachen sind durch die Beobachtung von 22 paralytischen Geisteskranken gewonnen.

Unter den Symptomen der progressiven Paralyse werden zuerst die paralytischen Anfälle besprochen; es ergibt sich als höchst wahrscheinlich, dass diese Anfälle bei keinem Kranken fehlten, doch ist die Periode der Krankheiten, zu welcher sie auftreten, verschieden; häufig wird anscheinend der ganze Process mit einem solchen Anfalle eingeleitet, doch hat sich meistens ergeben, dass die Kranken auch damals schon nicht mehr ganz normal waren. Diese Anfälle sind äusserst variabel in ihrer Form; am häufigsten epileptiform, sind sie nicht selten apoplectiform oder nur Schwindelanfälle; selten sind die cataleptiformen und tetaniformen Anfälle.

Hallucinationen sind bei Paralytikern ziemlich selten, waren aber in 6·6% der Fälle deutlich nachweisbar. Der Ablauf der psychischen Leistungen ist bei Paralytikern, wie überhaupt in allen

Digitized by Google

Fällen, in denen eine organische Destruction des Gehirns nachweisbar ist, verlangsamt und zwar um so mehr, je vorgeschrittener der Krankheitsprocess bereits war.

Die motorischen Erscheinungen werden sehr häufig zuerst an der Zunge beobachtet, was wohl auch darin seinen Grund haben mag, dass jede geringe Störung in der Beweglichkeit dieses Muskels auffallende Folgen nach sich zieht. Die so häufigen Abnormitäten der Pupillen traten meist als ein- oder beiderseitige Myosis auf.

Vasomotorische Störungen sind häufiger, als man gewöhnlich annimmt, sie zeigen sich als Furunculosis, Decubitus u. a. und fehlen auch in inneren Organen nicht, besonders auf die Magen- und Darmblutungen, die sich ja auch experimentel, durch Gehirnverletzungen erzeugen lassen, möge man Acht haben.

Hinsichtlich der Aetiologie ergab sich, dass sich eine hereditäre Belastung seltener als in anderen Psychosen nachweisen liess; hingegen verdienen als ursächliches Moment grösste Bedeutung die Kopfverletzungen.

Auch Intermittens, Syphilis und geistige Ueberanstrengung führen sehr häufig zur Paralyse.

Unter 28 Jahren kam kein Fall zur Beobachtung. Die meisten standen zwischen 36 und 40 Jahren, keiner zählte über 60 Jahre. — Von den 122 Paralytikern waren nur 3 weiblichen Geschlechtes; es tritt also wenigstens in den höheren Ständen die Paralyse beim weiblichen Geschleehte nur äusserst selten auf.

Die Prognose ist eine ungünstige. Wenn auch 5 Fälle von Heilung vorkamen, so war dieselbe doch in vieren nur eine vorübergehende; hingegen kann eine auffallende Besserung durch längere Zeit anhalten.

Viele Symptome der Paralyse erklären sich durch eine Affection des N. Sympathicus, dessen Ganglien sich auch häufig degenerirt fanden. Folge der Sympathicuserkrankung ist andauernde Gefässlähmung im Gehirne, Stauung, Exsudation, weiterhin kömmt es zur Umwandlung der zelligen Exsudationsproducte in Bindegewebselemente und zur Substituirung und Verdrängung der nervösen Bestandtheile des Centralnervensystemes durch das neugebildete Gewebe. Schwarz.

9. Ein interessanter Fall. Von Dr. A. Eugene Spalding. (Philadelphia Medical Times, September 1876.)

S. wurde am 25. April 1876 zu einer 45jährigen Frau gerufen, die schon einige Tage unwohl war. Zunge belegt, Temp. 99½° F. Sie nahm auf Rath eines Quacksalbers seit 1 Jahre zu jeder Mahlzeit ein Stück Holzkohle, angeblich zur Purification des Blutes. 2 Tage bevor S. die Pat. sah, hatte sie Epistaxis und Frost; sie nahm verschiedene Purgirmittel ohne Erfolg. Auch Laab-Pillen, 1 Unze weinsteins. Salz, warme Klysmata erfolglos, endlich 1 Unze Ricinusöl. Nach einigen Stunden kam ein Theil des Klysma zurück, am Boden des Gefässes dünne, harte, schwarze Stückchen, wie Stückchen Kohle. Das Klysma tintig gefärbt, ohne Fäcalgeruch. Ueblichkeiten und Brechreiz währten die ganze Nacht.

Digitized by Google

Pat. bekam nun 10 Gramm Calomel, darauf 1 Unze Ricinusöl, worauf nach kurzer Zeit eine gelblich gefärbte, fäcale Entleerung mit einigen Stückchen Holzkohle folgte. Ueblichkeiten hörten auf. Am 26. Morgens Temp. 99³/₄°, Abends 101³/₄°. 27. Nacht ziemlich gut, Zunge roth, trocken, Durst, bei Druck Empfindlichkeit in der r. Ileocoecalgegend, Temp. Morgens 105¹/₂°, Abends 104°. 28. Temp. 101³/₄°, Zunge feuchter; diarrhoischer, gelbgefärbter Stuhl. 29. Ein paar rothe Fleckchen am Thorax, Tympanites, Schwappen in den Eingeweiden. Ol. terenbynth. gtts. VII in Emulsion alle 4 Stunden. 30 April Morgens 99¹/₂°, Abends 102°. 1. Mai Morgens 101°, Abends 102¹/₂°. 2. Mai Morgens 100¹/₄°, Abends 103°. 3. Mai Morgens 100¹/₄°, Abends 103°. 4. Mai Morgens 100¹/₂°, Abends 102¹/₂°. 5. Mai Morgens 101°, Abends 103°. 6. Mai Morgens 101¹/₂°, Abends 103³/₄°. 7. Mai Morgens 100³/₄, Abends 103°. 8. Mai Morgens 101¹/₂, Abends 103°. Seit dieser Zeit keine Messnng, jedoch war die Temp. Abends stets 1—2 Grade höher als Morgens, grosser Tympanites, Puls klein, 112—120, weiche, gelbgefärbte, sehr stinkende Stühle. Urin wurde 2 Mal täglich mittelst Katheter genommen. Ausschliesslich flüssige Nahrung. Acid nitrohydrochlor. Emulsion von Terpentin und Cupr. sulfur. vierstündlich „um den Darm zu beruhigen". Am 10. Mai wurden die Schmerzen in der Hüfte grösser; in der Gegend des Coecum eine Geschwulst, die unt. Extremität wird flectirt gehalten, beim Versuche sie zu strecken heftige Schmerzen. Erweichende Umschläge, Chinin, Stimulantia. Die Schwellung steigerte sich, es trat Oedem an der Stelle auf, jedoch keine Röthe oder Fluctuation. Am 1. Juni machte S. unter Assistenz zweier Aerzte eine 4″ lange Incision, und entleerte eine grosse Menge stinkenden Eiters, der dunkel gefärbt war; fremde Körper oder Fäcalmassen waren nicht darin zu finden. Die Nachbehandlung bestand in Verabreichung von Chinin, Eisen, Branntwein und Milch; die Wunde wurde 2 Mal täglich mit Carbolwasser gereinigt. Die Pat. genas. S. frägt nun, ob er es mit einem einfachen Abscesse oder mit einem Typhus zu thun hatte, und entscheidet sich schliesslich für einen Coecalabscess, der durch die Obstruction in Folge der durch lange Zeit verzehrten Kohle bedingt war. Hermann Hertzka.

10. Ein Fall von Hysterie bei einem Manne. Von H. C. Lombard. (Gazette médicale de Paris 1876. Nr. 16.)

Ein Knabe, in dessen Familie Epilepsie und andere Neurosen nicht vorgekommen, der immer gesund war, namentlich niemals an Krämpfen und dergleichen gelitten, erlitt im 10. Lebensjahre einen Fall auf den Kopf, bei welchem er eine oberflächliche Wunde auf dem Scheitel acquirirte. 14 Tage nachher bekam er Nachts zwischen 11 und 12 Uhr einen Anfall, der mit plötzlichem Aufschrecken aus dem Schlafe, lautem Schreien, Zuckungen in den Extremitäten, Gefühl von Kälte, aber ohne Bewusstseinspause einherging. Nach dem Anfall blieb der Knabe gesund. Solcher Anfälle kamen im Ganzen fünf vor bis zum 15. Lebensjahre, immer zur selben Stunde der Nacht. Den fünften Anfall beschreibt L. genauer. Derselbe dauerte eine halbe Stunde, während welcher Zeit bei vollkommen ungetrübtem Bewusstsein heftige Convulsionen in allen Extremitäten, lautes Aufschreien und Klagen über Globus sich abspielten. Dabei konnte L. einen beträchtlichen Temperaturunterschied zwischen beiden Körperhälften constatiren. Die linke war kalt anzufühlen, das linke Ohr blass und kühl, die rechte brennend heiss, mit Schweiss bedeckt, das rechte Ohr geschwollen und stark geröthet; links bestand ferner geringe Herabsetzung

Digitized by Google

der cutanen Sensibilität. (Ueber den Zustand der Pupillen, sowie der Narbe der früheren Kopfwunde ist nichts bemerkt. Ref.) Als merkwürdigstes Symptom fand er eine bisher nur bei hysterischen Frauen bekannte Empfindlichkeit bei Druck in der fossa iliaca und zwar rechts. Nach dem Anfall sofort vollständiges Wohlbefinden.

L. glaubt diese Anfälle mit den hysterischen auf eine Stufe stellen zu dürfen, wünscht deshalb einen anderen Namen für solche bei Männern und Frauen vorkommende Zustände, als welchen er „Neurospasmen" vorschlägt, und hebt besonders hervor, dass in seinem Falle das von Charcot als pathognomonisch bezeichnete Symptom der Ovarialhyperästhesie nicht fehlte, wonach auch bei Frauen der Schmerz bei Druck auf die Ovarialgegend vielleicht nicht immer auf das Ovarium zu beziehen sei.

Boese.

11. Stenosirung des Oesophagus durch Steckenbleiben von Nahrungsmitteln in seinem mittleren Drittheil; Heilung ohne chirurgische Eingriffe. Von Dr. Rafael Pellicciotti. (Il Morgagni 1876, Februarheft.)

Einem 42jährigen schwächlichen Uhrmacher, welcher sich übrigens stets einer guten Gesundheit erfreut hatte, war beim Essen ein Stückchen zähes Fleisch im Oesophagus stecken geblieben. Alle Versuche von Seiten der Aerzte, den fremden Körper mittelst Anwendung von Schlundstossern zu entfernen, blieben nicht nur erfolglos, sondern regten so bedeutende spastische Contractionen der Oesophagus-Musculatur an, dass das Fleischstückchen im mittleren Drittheil der Speiseröhre fest eingekeilt wurde. Drei Tage konnte der Kranke weder trinken noch essen und wurde durch den Geruch des faulenden Fleisches so sehr belästigt, dass die Aerzte die Oesophagotomie vorschlugen.

P., welcher ebenfalls befragt wurde, erklärte sich gegen die Operation, da es sich um eine krankhafte Contraction der Oesophagus-Muskulatur handle, welche bei dem Umstande, dass der Fremdkörper im mittleren Drittheil steckte, von der gesetzten Wunde aus ebensowenig überwunden werden könnte als vom Munde aus.

P. dachte deshalb an ein Mittel zur Beseitigung der Hyperästhesie der Oesophagusnerven und stäubte aus diesem Grunde eine Lösung von Bromkali (3 Gramm in 150 Aqu. destill.) in den Schlundkopf ein. Der Effect trat sofort ein und Patient konnte nach Inhalation von 30 Gramm der genannten Lösung ohne Hinderniss schlucken. In der Folge traten keine wesentlichen Störungen mehr ein.

Glax.

12. Die chronische Spitzenpneumonie der Kinder. Vorläufige Mittheilung. Von Dr. Ludwig Fleischmann in Wien. (Wiener mediz. Presse 1876, 20.)

Fl. findet, dass die im Titel genannte Krankheitsform ausserordentlich viel häufiger vorkomme, als sie bei den wenig hervorragenden Alterationen in der Percussion und Auscultation, bei dem häufigen Fehlen des Hustens und der Sputa und bei der Unruhe der kleinen Patienten diagnosticirt werde. Fl. glaubt nun bei Kindern in der Zahnungsperiode eine ganze Reihe von Symptomen entdeckt zu haben, welche auch schon ohne physikalische Untersuchung nicht nur das Vorhandensein einer Spitzeninfiltration

Digitized by Google

überhaupt, sondern gleich auch die Seite verrathen sollen, auf welcher die Infiltration vorhanden ist! Diese Symptome wären nach Fl.: Spontane Anschwellung der Lymphdrüsen des Halses, Rachens und der Unterkiefergegend auf derselben Seite, auf welcher das Infiltrat sich befindet; so wie das Infiltrat stationär werde, nehme diese Drüsenschwellung auch ab. — Hartnäckige, ohne anderen nachweisbaren Grund recidivirende scrophulöse Conjunctivitiden „deuten, wenn sie blos auf einem Auge und immer an demselben vorkommen", ziemlich sicher auf eine Lungeninfiltration derselben Seite. Ebenso findet Fl. die „Erklärung" hartnäckiger halbseitiger Gesichts- und Kopfhaut-Eczeme in der gleichzeitigen Spitzeninfiltration. Endlich sollen auch noch mancherlei in das weite Gebiet des Sympathicus fallende einseitige Erscheinungen (flüchtige Erytheme, Trousseau'sche Flecken), Neuralgien des Trigeminus, Neurosen des „Oculomotorius und Vagus" den gleichzeitigen Lungenspitzenprocess verrathen. (Wir sehen mit grosser Spannung dem effectiven Nachweise für obige Behauptungen entgegen. Besonders begierig sind wir auf die Darstellung der Erscheinungen, welche einseitige Neurosen des Vagus in Verbindung mit einer Spitzeninfiltration derselben Seite geben. Ref.)

Bettelheim.

13. **Ueber Scharlach und Diphtherie.** (Charité-Annalen 1. Jahrg. 1874.)

Dem Berichte Prof. Henoch's über Scharlach und Diphtherie entnehmen wir einige interessante Details:

I. Individuen mit offenen Wunden zeigen eine besondere Empfänglichkeit für das Scharlachcontagium. Bei schwächlichen Individuen, besonders bei chronisch Kranken hat das Exanthem nicht selten einen sehr zweifelhaften Charakter, war zuweilen von der confluirenden Form der Masern kaum zu unterscheiden, um so weniger als es auch von Katarrhen der Respirationsschleimhaut und gerade bei schlimmen Formen auch von Schnupfen begleitet zu sein pflegt. — Die Diphtheritis scarlatinosa (Angina necrotica) hält H. für verschieden von der eigentlichen idiopathischen Diphtherie. Es dürften aber, vorzugsweise in Spitälern, Combinationen der echten Diphtherie mit Scarlatina vorkommen. Es wird ein neuer Fall von temporärem Fehlen der Albuminurie im Verlaufe von Nephritis berichtet. Oedem der Hände und Füsse zeigte sich in einzelnen Fällen schon im Floritionsstadium, ohne dass Nephritis vorhanden war, zuweilen kam sie viel später. Diese Oedeme sind Producte der starken Hyperämie in der Haut.

II. Als Ursache der während der Reconvalescenz von Diphtherie oder auch in früheren Stadien vorkommenden plötzlichen Todesfälle und Collapse findet man häufig Fettdegeneration des Herzens. Man darf sich aber nicht auf die makroskopische Untersuchung beschränken, weil die fahle Farbe der Musculatur durch Blutüberfüllung verdeckt zu sein pflegt. Die

Digitized by Google

von Bouchut in neuester Zeit als fast constante Complication der Diphtherie beschriebene Encarditis hat H. nie gesehen. Eigentliche diphtheritische Infiltrate kommen auch unterhalb der Stimmbänder vor, so fand H. einmal im untersten Theile der Trachea, im rechten Hauptbronchus und noch weiter abwärts eine weissgelbe diphtheritische Infiltration der Schleimhaut, die sich nur durch Abkratzen mit dem Messer unter Zurücklassung von Substanzverlusten entfernen liess. Einige Male wurde urplötzliches Auftreten von diphtheritischen Larynxstenosen beobachtet, ohne dass zuvor eine Erkrankung des Pharynx bemerkt worden wäre, u. z. besonders bei Kindern, welche schon längere Zeit an anderen Krankheiten (Rhachitis, Bronchokatarrh, Pertussis) behandelt worden und sehr herabgekommen waren. Andere Fälle aber schienen nur urplötzlich aufgetreten zu sein, weil die diphtheritische Rachenaffection versteckt blieb, am Zungengrunde zu beiden Seiten des Kehldeckels, an der hinteren Seite des Velum, an den seitlichen Pharynxfalten.

In zwei Fällen trat als Nachkrankheit der Diphtherie Nephritis auf, in der Weise, wie man dies ganz gewöhnlich nach Scharlach zu beobachten pflegt.

Ein eigenthümliches Pulsphänomen im Verlaufe der Diphtherie zeigte ein 7 Jahre altes Mädchen. Gleich im Beginne der Krankheit war der Puls hie und da unregelmässig. Nachdem die Tracheotomie gemacht worden war, wurde er vielfach aussetzend, bei relativ gutem Allgemeinbefinden, 60—56 in der Minute. Flüssigkeiten und feste Nahrung gelangen durch die Glottis in die Trachea und werden durch die Trachea wieder ausgehustet. Zwei Tage hindurch entwickelte sich der von Traube beschriebene Pulsus alternans, zwei rasch aufeinander folgende Pulse und darauf eine längere Pause, welche zwei completen Herzcontractionen und zwei Diastolen (vier Herztönen) entsprachen, nur beschreibt Traube den 1., Henoch den 2. Pulsschlag als den niedrigern und schwächern. Zwei Tage vor dem Tode wird der Puls wieder regelmässig. Bei der Obduction findet man: Nephritis, Herzverfettung, die Vagi und die Nachbarschaft derselben normal. Die Ursache des Phänomens blieb unaufgeklärt. Digitalis war nicht gegeben worden.

Paralysis diphtheritica wurde mit Erfolg mit Strychnininjectionen behandelt, einmal nach 6 Injectionen je 0.002, ein zweites Mal nach 9 Injectionen geheilt. Eisenschitz.

14. Tetanus bei einem Neugebornen. Mitgetheilt von M. Ribemont. (Gazette médicale de Paris 1875, Nr. 43.)

Bei einem ziemlich genährten Brustkinde (Knabe) zeigten sich am 13. Tage die Symptome eines heftigen Trismus, dem bald eine allg. tetanische Contraction aller Muskeln nachfolgte. Der Nabel war gut verheilt, die Haut nirgends geröthet. Hingegen fand sich an der linken grossen Zehe eine oberflächliche, mit einer Borke bedeckte Excoriation vor. — Die Temperatur war immer auf normaler Höhe, ebenso Respiration und Puls nicht beschleunigt. — Nach 7 Tagen starb

Digitized by Google

das Kind, vollständig abgemagert, nachdem ein vorübergehender Nachlass der Contractionen wiederholt eingetreten war. — Das Kind nahm Chloralhydrat (1 Gramm in Lösung). Unmittelbar nach der ersten Darreichung trat eine Besserung ein, die jedoch nicht anhielt. — Die Section ergab: Atelectase der rechten Lunge, das Gehirn anscheinend normal, auf dem Durchschnitte der Hemisphären einige verfettete Punkte. Die Rückenmarkshäute mit Blut erfüllt, die graue Substanz desselben in verschiedener Höhe so röthlich gefärbt (coloration hortensia), dass man bei einem Erwachsenen sicher einen entzündlichen Vorgang angenommen hätte. — Eine mikroskopische Untersuchung wurde nicht vorgenommen.

v. Hüttenbrenner.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

15. Quina-Laroche ferrugineux oder Laroche's eisenhältiger Chinawein. Von G. C. Wittstein. (Arch. der Pharm. April 1875.)

Dieses in neuerer Zeit marktschreierisch gegen Verdauungsschwäche, Bleichsucht, Blutflüsse, Magenkrämpfe, Entkräftungen etc. empfohlene Präparat, welches in ganzen und halben Flaschen zu 5, resp. 3 Francs verkauft wird, bildet eine bräunlichgelbe klare, dünn syrupartige, aromatisch pomeranzenähnlich und geistig riechende, schwach geistig, süss und bitter aromatisch schmeckende, sauer reagirende Flüssigkeit. Nach Laroche sollen 3 Chinaarten zur Bereitung desselben verwendet werden. Nach den Untersuchungen des um die Entlarvung des Geheimmittelschwindels so verdienten Vf. enthält dasselbe weder Eisen, noch irgend welche Chinaalkaloide und ist nichts Anderes als blos ein weingeistiger, gezuckerter Auszug der unreifen Pomeranzen. Prof. v. Schroff jun.

16. Bemerkungen über die Herstellung und therapeutische Anwendung von Zinkphosphür. Von M. Pierre Vigier. (Bullet génér. de thérap. 45. I. 1876.)

In neuerer Zeit wurde dem Phosphor in therapeutischer Beziehung als Stimulans und Tonicum wieder erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt und zahlreiche Arbeiten gaben die Experimente und klinischen Erfolge kund. Lecorché wies nach, dass er als Phosphorwasserstoff resorbirt werde; Mialhe glaubt jedoch, dass diese Umwandlung nicht im Darme, sondern erst im Blute vor sich ginge. Dem hielt man die Erfahrung Magendie's entgegen, welcher nach Injection von Phosphoröl in die Vene eines Hundes weisse Dämpfe ausathmen sah; das beweist jedoch nichts gegen die Bildung von Phosphorwasserstoff, denn einerseits war hier Ueberschuss von Ph. im Blute, andererseits kann der Ph. im Magen in einer ganz verschiedenen Form resorbirt werden. Vigier und Dr. Curie constatirten bei zahlreichen Experimenten 2 mal Phosphorwasserstoff nach Injectionen

Digitized by Google

von Phosphoröl an Kaninchen und hoffen diese Umwandlung noch evident nachzuweisen, wie dies bereits für Zinkphosphür geschehen ist, welches sich leicht in Pillen oder Pulvern anwenden lässt.

Ueberdies ist die Wirkung des letzteren Präparates viel sicherer; vergiftet man 2 Kaninchen von gleichem Gewicht mit Zinkphosphür und Phosphoröl, so stirbt das mit Phosphür vergiftete nach $^3/_4$ Stunden, das andere erst nach einer Stunde; Phosphorwasserstoff wird also viel rascher resorbirt.

In therapeutischer Beziehung empfiehlt sich die Anwendung des Phosphors, resp. Zinkphosphürs bei nervösen Affectionen mit excessiver Ausscheidung von Phosphaten, bei mangelhafter Ernährung des Gehirnes, Spinalirritation, Hysterie und verschiedenen Formen von Paralyse. In Irland rühmt man seine Wirkung bei Scrophulose, in England bei Neuralgieen sowie Paralysis agitans, Ischias, bei Collaps im Typhus und als Tonicum bei chronischen Krankheiten des Nervensystemes und Erschöpfungszuständen (Solut. aether. oder in Pillen); und zwar als Tonicum 1—2 Milligramm pro die, als Stimulaus für wenige Tage 5 Milligramm pro die gereicht, bessert er den Appetit, beschleunigt den Puls, erregt die Nerven und vermehrt die Harnsecretion. Wird auch die Geschlechtssphäre irritirt, so war die Dosis zu gross. In der geburtshilflichen Gesellschaft von London (Lancet, Febr. 1875) empfiehlt Dr. Routh dringend die Anwendung von Zinkphosphür; auch Ashb. Thompson zieht dasselbe dem Phosphor vor, bei Chlorose und Anaemie, Uterinblutungen, besonders wo das Eisen im Stiche gelassen hatte. Zu berichtigen ist die Angabe Gubler's im Journ. de thérap. Nr. 16 1876, dass 6 Milligr. Zinkphosphür $^1/_2$ Milligr. Phosphor entspreche, dahin, dass 4 Milligr. Zinkphosphür dieser Dosis entsprechen, wie dies auch die Formel Ph, Zn^3 zeigt, was natürlich für die Anwendung von grossem Belange ist; das krystallisirte und gepulverte Zinkphosphür enthält einen Theil Phosphor auf 3 Theile Zink und wirkt merkwürdiger Weise nur giftig, wenn das Verhältniss 1 auf 8 ist, d. h. wenn das Zinkphosphür auf 8 Milligramm 1 Milligramm Phosphor enthält.

Warum es nicht so wirkt, wie die Hälfte des darin enthaltenen Phosphors wirken würde, ergiebt sich aus dem Vorgang im Magen; bei der Zersetzung des Phosphür durch die Chlorwasserstoffsäure des Magens bildet sich, wahrscheinlich zur Hälfte, Zinkhypophosphit, in dieser Dosis ein ganz unwirksames Salz, zur anderen Hälfte Zinkchlorür und Phosphorwasserstoff. Therapeutische Anwendung fand das Präparat durch Dr. Curie, Gueneau de Mussy, Alex. Vigier, Moutard-Martin. Die Dosis 2—4 Pillen von 4 Milligramm $Ph\,Zn^3$ pro die bei Chloro-Anaemie, Metrorrhagieen, Hysterie, Amenorrhoe genügt vollständig.

Vigier bedauert nur, dass das Präparat in Frankreich noch so wenig Anerkennung gefunden hat, während ein grosser Chemiker 6 Kilos nach Erfurt, 3 Kilos nach Berlin und 12 nach Darmstadt versenden

Digitized by Google

musste, Deutschland also bald in der Lage sein dürfte, Beobachtungen zu veröffentlichen. Uebrigens waren die verschickten Präparate nicht rein, sie enthielten Zinkoxyd und Zinkphosphat, die Phosphordosis ist also hier nicht sicher; sie waren nicht bei Luftabschluss hergestellt. Es muss fein gepulvert dem Ferrum hydrogen. reductum gleichen und muss mit reinem, nicht dem gewöhnlichen käuflichen Zink hergestellt werden, da dieses immer Blei enthält und Bleiphosphür wirkungslos ist. Popp.

17. Ueber die arzneiliche Wirkungsweise des Jodkaliums. Von Dr. Kämmerer. (Virchow's Arch. 59. Bd., 3. u. 4. Heft. — Ref. d. Vierteljahrsch. f. Dermat. u. Syph.)

Verf. geht bei seiner Erklärung über die innerliche Wirkungsweise des Jodkaliums von der Zersetzung des Jodkaliums durch ozonirten Sauerstoff und durch Kohlensäure aus. Ozon bewirkt in Jodkaliumlösungen eine starke Jodausscheidung. Andererseits wird Jodkalium in sehr verdünnter wässeriger Lösung auch durch Kohlensäure zunächst in Jodwasserstoffsäure und saures kohlensaures Kalium zerlegt, die freie Jodwasserstoffsäure aber sehr leicht schon von gewöhnlichem, nicht ozonisirtem Sauerstoff unter Ausscheidung von Jod und Bildung von Wasser zersetzt. Nun sagt K.: Das Jodkalium gelangt unzersetzt vom Magen in das Blut. Im Blute wird es durch die in demselben fortwährend entstehenden reichlichen Mengen von Kohlensäure um so leichter bei dem hohen Drucke, der in den Blutgefässen herrscht, in Jodwasserstoffsäure und doppeltkohlensaures Kalium und erstere wieder durch den Blutsauerstoff in freies Jod und Wasser zerlegt. Selbst wenn die Zersetzung des Jodkaliums durch die Kohlensäure aus irgend welchen Gründen nicht stattfände, würde durch die Einwirkung des Blutsauerstoffes allein (dessen Eigenschaften jenen des Ozons überaus nahe kommen) auf Jodkalium ebenfalls Jod frei werden, so dass sich somit die Wirkung des Jodkalium auf die bekannte und erklärliche Wirkungsweise des freien Jods zurückführen lässt.

Das freigewordene Jod wirkt aber nicht auf die anorganischen Bestandtheile des Blutes, da das doppeltkohlensaure Alkali davon keine Zerlegung erfährt und andererseits zwischen phosphorsaurem Kalium und Jod eine Reaction unter Bildung einer niedrigen Jodsauerstoffverbindung (unterjodiger Säure) eintreten könnte, welche letztere als äusserst leicht reducirbare, deshalb kräftig oxydirende Substanz eine rasche Zerstörung, resp. Verbrennung organischer Substanz unter Freiwerden von Jod bewirken, deren Wirkung im Wesentlichen somit mit der des freien Jod zusammenfallen würde. Den organischen Blutbestandtheilen gegenüber wird das Jod dagegen sich anders verhalten, indem es durch Entziehung von Wasserstoff Zerstörung der complicirt zusammengesetzten organischen Verbindungen, Zerfallen derselben in einfachere bewirkt, die, theils leicht oxydirbar, zu Kohlensäure und Wasser verbrannt, oder durch die verschiedenen Secretionsorgane aus dem Körper entfernt werden. Das Jod ist

Digitized by Google

aber nach seiner ersten Reaction wieder in Jodwasserstoffsäure übergegangen, diese wird durch Sauerstoff wieder zersetzt werden, Jod wird frei und der obige Kreislauf wiederholt sich von neuem und dies so oft, bis alles Jod aus dem Körper geschafft wurde. Aus dem Kalium aber bildet sich Kaliumsuperoxyd, welches leicht oxydirend auf organische Substanzen wirkt, indem es durch diese zu Kalium reducirt wird, welches seinerseits sich mit Kohlensäure zu kohlensaurem Kali verbindet. Die Wirkungen des Jodkalium — Erhöhung der Blutwärme und Abmagerung — lassen sich nach dem Gesagten durch Erhöhung der Verbrennung im Blute vollständig erklären. Emanuel Kohn.

18. **Toxische Eigenschaften des Glycerins.** Dujardin-Beaumetz und Audijé (Gaz. des Hôp., Wien. allgem. med. Z. 1876, 33) fanden, dass chemisch-reines Glycerin, in Dosen von 8 Grammen Hunden subcutan injicirt, innerhalb 24 Stunden, geringere Dosen rascher den Tod herbeiführen. Die Erscheinungen nach der Injection sind („Glycerismus"): „Lebhaftes Schreien", Unruhe, nach einigen Stunden Mattigkeit, Haematemesis, Haematurie, Temperaturabfall, schweres Gehen, Somnolenz, Abnahme der Puls- und Athemfrequenz. Die Section solcher Thiere zeigt Leberhyperämie, Hämorrhagien in die Intestinalschleimhaut und in den Nieren, das Blut schwarz, das Herz dilatirt. Die Verff. rathen deshalb zur Achtsamkeit bei der Behandlung des Diabetes mit Glycerin.

Bettelheim.

19. **Ueber Jaborandi.** Von Dr. Franz Riegel. (Sep.-Abdruck aus der Berliner klin. Wochenschrift Nr. 46, 1875.)

Seit seinen 10 ersten Versuchen hat R. weitere 30 angestellt, welche im Wesentlichen gleiche, in einigen Punkten aber etwas abweichende Resultate ergaben. Die Präparate waren theils die gleichen wie früher, theils solche aus der ganzen Pflanze hergestellt. Die Zahl der Patienten, fast alle der jugendlichen oder mittleren Lebensperiode angehörig und mit verschiedenen Affectionen behaftet, war 23, 15 männliche und 8 weibliche; davon erhielten 10 Personen das Mittel einmal, 6 zweimal, 3 dreimal, 2 viermal, 1 Person fünfmal und 1 sechsmal; die Kranken weigerten sich also im Ganzen nicht, das Mittel öfter zu nehmen, wie von einigen Beobachtern angegeben, nur einige erklärten ihren Widerwillen gegen dasselbe. Die Dosis betrug in allen bis auf 3 Fälle 4 Gramm, in diesen 3 Fällen 6 Gramm. Das Infus wurde wie früher bereitet und genommen, nie per Klysma gegeben wie von Leube und Nothnagel in einigen Fällen. Die Kleidung der Kranken bestand nur aus Hemd und Nachtjacke, die Bedeckung aus einer dünnen Wolldecke.

In 9 Fällen wurde zuerst Atropin gegeben, sie kommen zunächst nicht in Betracht; von den 41 Fällen ergab nur ein einziger negatives Resultat, und zwar nach einer Dosis von 4 Gramm des zweiten Präparates; nach einer Dosis von 6 Gramm trat auch hier, jedoch mässiger,

Digitized by Google

Schweissbildung ein, und bei einem dritten Versuche an derselben Person mit 4 Gramm eines aus einer anderen Quelle bezogenen Präparates sogar ganz energische Schweissbildung. In den übrigen Beobachtungen war die Schweissbildung meist eine bedeutende, selten eine mässige und nur ausnahmsweise eine geringe und zwar in der Regel schon nach 19—20 Minuten beginnend, selten später, einmal war sie in dieser Zeit spärlich, nach 3 Stunden aber ganz intensiv. Riegel schliesst daher, dass Jaborandi ein sehr wirksames Diaphoreticum ist und dass dasselbe alle anderen innerlich zu reichenden derartigen Medicamente an Wirksamkeit übertrifft.

Der fehlende Erfolg bei anderen Beobachtern dürfte also der Verschiedenheit der Präparate zur Last zu legen sein.

Die sialagoge Wirkung, in den ersten 10 Fällen zweimal ausbleibend, wurde auch jetzt zweimal vermisst, sonst war sie sehr beträchtlich, 500 Ccm. Speichel und darüber wurden nicht selten entleert; sie begann sehr früh, sogar vor der Schweissbildung, und hielt ziemlich lange an; im Ganzen stand sie im Verhältniss zur Schweissbildung.

Vermehrung der Bronchialsecretion, von französischen Aerzten (Gubler) beobachtet, konnte nicht mit Sicherheit constatirt werden, nur in einem Falle etwas Hustenreiz mit schleimigem Auswurfe; den causalen Zusammenhang lässt R. dahingestellt sein. Keine Vermehrung der Thränensecretion.

Als Nebenwirkung beobachtete R. 18mal Erbrechen mit vorausgehender Uebelkeit von verschiedener Dauer, Uebelkeit ohne Erbrechen 10mal, Singultus ebenfalls 10mal. Die Ursache des Erbrechens kann R. nicht allein dem Verschlucken des Speichels und der Reizung des Gaumens und Rachens dadurch, wie Bardenhewer und einige französische Beobachter, zuschreiben, denn es trat auch bei beständigem Ausspucken desselben häufig genug ein. Magen- und Leibschmerzen, in 4 Fällen geklagt, endeten mit Ausnahme eines Falles mit dem Aufhören des Schweisses, zuweilen schon früher. Herzklopfen in 7 Fällen, Schwindel oder Kopfschmerzen in 12 Fällen, in 9 Fällen gegen Ende des Schweisses bald stärkeres, bald leichteres Frösteln. Sehstörungen in 4 Fällen, Verengerung der Pupille von Martindale und Tweedy beobachtet, (Martindale träufelte ein Extract in Glycerin gelöst 31 Personen in je ein Auge, Pupillenverengerung in 19 Fällen bis zu $^1/_3$, in 2 Fällen um $^1/_2$. Ref.) trat nie ein. Endlich Harndrang, meist sehr lebhaft, in 13 Fällen. Eine unangenehme, wenn auch seltenere Folge ist blasses, selbst etwas collabirtes Aussehen.

In 26 Fällen wurden Harnbestimmungen über Quantität und specifisches Gewicht gemacht und zwar von 4 zu 4 Stunden; zum Vergleich diente die Harnmenge vom vorhergehenden Tage. Das Resultat war verschieden je nach der von der Jaborandi-Aufnahme an vergangenen Zeit. In den ersten 4 Stunden nach derselben war die Harnmenge in der Regel grösser, zuweilen um ein beträchtliches, ausnahmsweise fiel sie unter die

Digitized by Google

Menge des vorhergehenden Tages; das specifische Gewicht war fast stets geringer. Für den ganzen 24stündigen Zeitraum ergab sich aber eine beträchtliche Verminderung der Harnmenge, sehr selten eine unbedeutende Vermehrung. Die späteren 4stündigen Perioden ergaben eine beträchtliche Verminderung, erklärbar aus dem beträchtlichen Wasserverluste durch Schweiss und Speichel. Die Verminderuug erstreckte sich nicht auf den folgenden Tag. Eiweiss wurde nie gefunden, ob eine Vermehrung desselben bei Nierenkrankheiten auftritt, kann R. nicht entscheiden, da solche Kranke das Mittel schlecht vertrugen, keine Erleichterung fanden und deshalb keine weiteren Versuche damit angestellt wurden. Als Diureticum ist es also nicht anzusprechen, wie Andere gethan haben.

Das Körpergewicht erfuhr in 20 Fällen als Maximum eine Verminderung von 2,03 Kilo durch den Schweiss, im Mittel von $1^1/_2$—2 Pf. Der Puls wird, wie schon aus den früher mitgetheilten Curven erhellt, kurze Zeit nach der Jaborandi-Aufnahme voller und frequenter, zugleich aber auch weicher, Erschlaffung des Arterienrohres bei vermehrter Herzkraft, dem entspricht das Wärme- und Hitzegefühl, die Röthung des Gesichtes etc. Später Kleinheit des Pulses bei verminderter Herzkraft, Blässe des Gesichtes, subjectives Kältegefühl, allmälige Verminderung des Schweisses.

Die Jaborandi-Wirkung kann man beziehen auf eine primäre Hauthyperämie und eine directe Erregung der Schweiss- und Speicheldrüsen etc.; die sphygmographischen Untersuchungen ergaben, dass die Pulsänderung zeitlich dem Beginne des Schweissausbruches vorausgeht; es spricht dies für die Annahme, dass die Schweissbildung nach Jaborandi nicht die Folge einer vorausgehenden vermehrten Wärmeproduction, sondern die Folge einer directen Erregung der betreffenden secerniren den Apparate sei.

Eine entschiedene Vermehrung der Milchsecretion, wie Vulpian-Carville und Robin angegeben, hat R. in seinem einzigen betreffenden Falle nicht gesehen.

Die 9 Versuche mit Atropin, eine Stunde vor dem Jaborandi gegeben nach Lohrisch, an Personen, bei denen die Wirkung des Jab. schon bekannt war, ergaben folgendes Resultat: In einem Falle Aufhebung der Wirkuug des Jab., aber erst nach einer Dosis von 0,0012 Atropin (die doppelte von Lohrisch), nach 0,0006 noch ziemliche Intensität der Wirkung incl. Nebenwirkungen. Bei einem zweiten Falle in zwei Versuchen nach 0,0006 Atropin noch ziemlich intensive Wirkung des Jab.; selbst nach 0,0012 Atropin noch mässig mit Harndrang, Ueblichkeit und Schwindel. Im dritten Falle (sehr starke Schweiss- und Speichelabsonderung nach 4,0 Jab.) nach 0,0006 Atropin mässige Wirkung, nach der doppelten Dosis Atropin nur noch etwas vermehrter Speichel; ebenso bei zwei weiteren Fällen vermehrte Speichelsecretion, sowie Harndrang, Singultus, Erbrechen, also nicht genügende Dosis von Atropin

Digitized by Google

zur vollständigen Coupirung der Jaborandi-Wirkung. Es weist dies wiederum auf die Verschiedenheit der angewendeten Jaborandi-Präparate hin. Abgesehen von seinem Nutzen als Antidot bei Atropinvergiftung kann das Jab. nach Riegel's Erfahrungen als Diaphoreticum erst dann einen Platz in der Materia medica mit Nutzen einnehmen, wenn es gelungen ist, dasselbe von seinen unangenehmen und manchmal nicht ganz unbedenklichen Nebenwirkungen frei zu machen. Bei heruntergekommenen und geschwächten Individuen, besonders bei Hydrops in Folge von Herzfehlern und Nierenleiden dürfte seine Anwendung nicht rathsam sein. Ob das Jaborandin oder Pilocarpin von Hardy (Gerrard) und das Serronin von Drasche diesen Anforderungen genügen, müssen fernere Versuche entscheiden. Popp.

20. Weiteres über die Wirkungsweise und den therapeutischen Werth der Jaborandi. (Aus der Universitäts-Klinik des Herrn Prof. Wagner in Budapest.) Von Dr. S. Purjesz jun. (Deutsches Archiv f. klin. Medicin Bd. XVII. Heft 6.)

Verfasser, der bereits früher eine Versuchsreihe über Jaborandi veröffentlicht hat, theilt hier die weiteren Resultate seiner mit diesem Mittel angestellten Versuche mit. Wie früher, so wurde auch in diesen Versuchen das Mittel nach der vom Referenten vorgeschriebenen Weise gereicht. Von den mit diesem Mittel Behandelten litten 2 an Schrumpfniere, 1 an Insufficienz der Bicuspidal- und relativer Insufficienz der Tricuspidalklappe mit hochgradigem Ascites und 1 an Psoriasis. Wie in seiner früheren Beobachtung, so überzeugte sich auch hier Verf., dass, je öfter Jaborandi gereicht wurde, um so kürzere Zeit dessen Wirkung anhielt; doch schien in Fällen, wo die Schweisssecretion nicht erhöht wurde, die Speichelsecretion länger anzuhalten und nicht mit der sonst beobachteten Unregelmässigkeit zu erfolgen. Die Pulszahl hob sich in den meisten Versuchen; die Temperatur zeigte in 20 Versuchen 15 Mal eine Erhöhung, die verschieden lange Zeit hindurch anhielt, um dann zu sinken.

In Betreff der bereits wiederholt discutirten Frage, ob das Jaborandi auch diuretisch wirke, kam Verf. bei seinen Versuchen zu dem Resultate, dass dieses Mittel entschieden diuretische Wirkungen besitze. Dagegen war diese vermehrte Diurese, wenigstens in zwei Fällen, mit einer anderen nachtheiligen Wirkung complicirt. In diesen beiden Fällen beobachtete Verf. von der ersten Dosis Jaborandi ab eine entschiedene Zunahme des Eiweisses.

Die Frage, ob das Jaborandi auf den zu Herzkrankheiten sich zugesellenden Hydrops eine günstige Wirkung äussere, glaubt Verf. darum entschieden verneinen zu müssen, weil eine Abnahme des Hydrops darnach nicht zu constatiren war.

Auf Grund dieser Erfahrungen hält Verf. an seiner früher ausgesprochenen Ansicht, dass das Jaborandi zur Therapie des Hydrops bei

Digitized by Google

chronischer parenchymatöser Nephritis ungeeignet sei, nicht nur fest, sondern glaubt diese dahin erweitern zu können, dass dieses Mittel zur Therapie der zu Herz- und Nierenkrankheiten sich gesellenden Hydropsien überhaupt kaum geeignet sei. Erst dann, wenn es gelungen sein wird, die wirksamen Bestandtheile einzeln darzustellen und so die eventuell nachtheilig wirkenden ganz zu vermeiden, dürfte das Jaborandi auch für die oben erwähnten Erkrankungen zu verwerthen sein, wie Ref. schon längst betont hat. Riegel.

21. Zur Kenntniss des Natron salicylicum. Von Dr. Moeli. (Deutsches Archiv f. klin. Medicin Bd. XVII. Heft 6.)

Nach einer summarischen Uebersicht der bisherigen Arbeiten über die antifebrile Wirkung der Salicylsäure wendet sich Verf. zur Mittheilung der an der Rostocker Klinik mit diesem Mittel gewonnenen Resultate. Bekanntermassen wurden aus genannter Klinik zuerst Versuche mit dem Natronsalze mitgetheilt und letzteres wegen der bequemeren Form der Anwendung empfohlen. Auch diese neueren Versuche beziehen sich ausschliesslich auf das Natronsalz. Im Ganzen wurden gegen 80 Kranke damit behandelt, darunter 34 Typhen. Die Grösse der Einzeldose 5—7·5 Gramm wurde nach der Wirksamkeit bemessen. Da im Allgemeinen der Zeitpunkt der Anwendung zwischen 6 und 7 Uhr Abends liegt und ein Wiederansteigen selten dann vor 4 bis 5 Stunden erfolgt, so wurde die zweite Dosis regelmässig gegeben, sobald die Temperatur des Rectum um 1 Uhr Früh über 38·5° in schwereren, 38° in leichteren Fällen zeigte. Es fällt so die cumulative Wirkung der zweiten Dose mit dem niedrigsten Verlaufe der Tagescurve der meisten fieberhaften Krankheiten zusammen. Es wird auf diese Weise möglich, mildere Fieberzustände, z. B. Typhen leichteren Grads und mittelschwere in der späteren Periode constant unter 39° zu halten.

Eine ziemliche Anzahl seiner Temperaturbeobachtungen stellte Verf. in der Weise an, dass er gleichzeitig Mastdarm- und Achselhöhlenmessungen einige Zeit vor der Darreichung des Medicamentes begann und während des Temperaturabfalls längere Zeit fortsetzte.

Bald nach dem Einnehmen des Mittels folgte unter Turgescenz und Röthung des Gesichts in den meisten Fällen Schweiss. Während nun die Temperatur des Mastdarmes gleich hoch bleibt, eventuell noch etwas steigt, tritt mit dem Auftreten des Schweisses ein deutliches Sinken des Achselthermometers ein, wahrscheinlich unter dem Einflusse der Schweissverdunstung. Dasselbe nimmt sodann zu und ist alsdann auch von einem Abfalle im Rectum gefolgt, so dass die stärkere Divergenz der Mastdarm- und Achselhöhlencurve sich erst nach längerer Zeit wieder ausgleicht.

Da die subjectiven und objectiven Erscheinungen nach Einführung des Natron salicylicum auf eine starke Fluxion zur Peripherie hinweisen,

Digitized by Google

so lag der Gedanke nahe, diesen stärkeren Blutgehalt der Peripherie als Hilfsmittel für die Application der Kälte zu benützen. Aus den Beobachtungen des Verfassers ergibt sich dem entsprechend, dass der Temperaturabfall nach der Einführung von Natron salicylicum durch bald darauf verabfolgte Bäder noch beschleunigt und vertieft werden kann.

Ueber das Verhalten des Pulses bei Natr. sal. differiren die Ansichten der verschiedenen Beobachter sehr beträchtlich. Die Zahlenreihen des Verf. liessen ein Herabgehen der Frequenz mit dem Temperaturabfalle zwar als die Regel erscheinen; indess waren auch Fälle vorhanden, in denen trotz deutlicher Abnahme die Pulszahl kaum alterirt wurde. Aber neben der Frequenz wird auch die Formation des Pulses wesentlich geändert, und zwar geht — im Allgemeinen ebenfalls parallel dem Temperaturabfall — die Curve allmälig vollkommen in die normale Form über. Das Verschwinden des Dicrotismus, das Auftreten der Elasticitätselevationen lässt sich so durch eine Serie von Curven verfolgen, wie aus den mitgetheilten Pulsbildern erhellt.

Darnach erscheint der Einfluss auf den Puls erheblicher, als viele Berichterstatter ihn dargestellt haben. Nach den Untersuchungen Moeli's ist die Veränderung der Pulsform zugleich mit dem Temperaturabfalle noch constanter, als die Veränderung der Frequenz, ein Verhältniss, das auch von Riess angeführt ist. Riegel.

22. Ueber Ersatzmittel der Salicylsäure bei innerlicher Anwendung.

Von S. Buss. (Berlin. Klin. Wochenschrift 1876, Nr. 35.)

Vergleichende Beobachtungen über die Wirksamkeit der Salicylsäure und ihrer Salze, speciell des Natronsalzes, haben den Verfasser zur Ueberzeugung gebracht, dass bei innerlicher Anwendung der Salicylsäure zu antipyretischen Zwecken nicht mehr die freie Säure als solche, sondern nur noch die salicylsauren Salze anzuwenden sind. Die Vorzüge der letzteren, namentlich des Natronsalzes, vor der freien Säure beruhen auf der leichten Löslichkeit der Salze in Wasser von gewöhnlicher Temperatur, weniger unangenehmem Geschmack, kleinerem Volumen des Pulvers bei gleichen Gewichtsmengen, vorzüglich aber auf dem indifferenten Verhalten zu den verschiedenen Schleimhäuten. Die untere Grenze der antipyretisch wirksamen Einzeldosis setzt er auf 6·0 für das salicylsaure Natron. Die Wirkungsintensität des salicylsauren Salzes ist im Vergleich zur Salicylsäure nach dem Gewichtsantheile der letzteren zu bemessen, indem die Wirkung jedenfalls von dem Antheil an Säure abhängig ist.

Das salicylsaure Natron wirkt in gleicher Weise wie die Salicylsäure auf den acuten Gelenkrheumatismus ein und bringt ebenso rasch die sämmtlichen Erscheinungen zum Verschwinden. Vor Recidiven schützt die Anwendung der Salicylsäure und ihrer Salze nicht, dagegen können alle, auch mehrfach wiederholte Recidive durch das Mittel beseitigt werden.

Digitized by Google

Der von Senator (Centralblatt für med. Wissenschaften 1876 Nr. 14) aufgestellten Behauptung, dass das Salicin ein Ersatzmittel der Salicylsäure sei, kann Verfasser nicht beistimmen, da sich in der Wirkungsweise beider Mittel constante Differenzen nachweisen lassen. Das Salicin wirkt viel langsamer als die Salicylsäure, da seine Wirkung erst durch Umsetzung in Salicylsäure innerhalb des Organismus ermöglicht wird; die Langsamkeit dieser Umsetzung aber erhellt daraus, dass 4 Stunden nach der Einnahme des Salicin noch keine Salicylsäure-Reaction im Harn nachweisbar war. Verfasser hat die Einwirkung von Salicin, Salicylsäure und salicylsaurem Natron auf das Fieber verglichen und theilt die bezüglichen Curven mit, aus denen er den Schluss zieht, dass unmöglich Salicin als Ersatzmittel für Salicylsäure, resp. salicylsaures Natron zu betrachten sei, da zu grelle (?) Unterschiede bei den Remissionen auf Salicin und salicylsauren Natron sich bemerkbar machten.

Ueber die Grösse des antipyretischen Einflusses des Salicin überhaupt lässt er sein Urtheil wegen ungenügender Anzahl der Versuche noch in suspenso.

Boese.

23. Die Milchsäure als Schlafmittel. Von Dr. E. Mendel in Berlin. (Dtsch. med. Woch. 1876.)

Die zuerst in sauer gewordener Milch (von Scheele) erkannte Milchsäure findet sich in allen Zucker und Proteinstoffe enthaltenden, sauer gewordenen Substanzen (bekanntlich namentlich in den sauren Gurken, in Sauerkraut etc.) und ist, rein dargestellt, eine klare, farb- und geruchlose, syrupdicke, in Wasser, Alkohol und Aether leicht lösliche Flüssigkeit von 1·248 specifischem Gewicht. Sie ist isomer mit der Paramilchsäure, Fleischmilchsäure, welche ein wichtiges Product des Stoffwechsels in den Muskeln ist. Eben dieser Umstand, dass sich im thätig gewesenen Muskel Milchsäure gebildet hat, veranlasste Preyer (1875), milchsaures Natron als schlafmachendes und Muskelkrämpfe calmirendes Mittel zu empfehlen.

M. wendete nun (5—10 Gramm pro Dosi als Limonade, gehörig verdünnt und versüsst, oder 5—20 Gramm mit eben so viel Natr. carbon. auf ein Klysma) vor dem zu Bette gehen bei Agrypnie an und war mit der schlafmachenden Wirkung des letztgenannten Mittels, d. h. mit der durch Natr. carb. neutralisirten Milchsäure im Klysma (die nicht neutralisirte wirkt zu sehr reizend auf die Mastdarmschleimhaut) nicht unzufrieden. Nur wenn Schmerzen die Schlaflosigkeit bedingten oder begleiteten, zeigte sich keine Wirkung. Auch zur Beruhigung bei Geisteskranken (besonders ängstlich erregte Formen) empfiehlt M. das (übrigens kostspielige) Mittel. Bei Geisteskranken wurden die Klystiere methodisch 2—3mal pro die in der Dosis von 8—10 Gramm angewendet.

Bettelheim.

Digitized by Google

24. Cyanverbindungen gegen Gicht und Rheumatismus. Von Dr. A. Luton (d. Reims). Bulletin général thérapeutique. 1875.

Luton empfiehlt als Specificum gegen Gicht und acuten Gelenkrheumatismus Cyanverbindungen, namentlich Zincum cyanatum und Kalium cyanatum. Den ersten Versuch machte er an einem Arthritiker, bei dem heftige cerebrale Erscheinungen, bei welchen Opium und Bromkali ihn im Stiche gelassen hatten, nach Gebrauch von 0·10 Zincum cyanatum schwanden, und auch die arthritischen Beschwerden demselben Medicamente wichen. Von da an machte er in ähnlichen Fällen mit dem besten Erfolge von dem Mittel Gebrauch.

Schliesslich versuchte er es auch bei acutem Gelenkrheumatismus, wo er seine Wirkung noch sicherer fand. Er theilt 10 Fälle mit, in denen er theils Zincum cyanatum, theils Kalium cyanatum mit Erfolg gegeben. Die Dauer der Krankheit vom Beginn der Einnahme des Mittels schwankt in den aufgeführten Fällen zwischen 3—7—10 Tagen. In allen Fällen wurden die befallenen Gelenke meist schon nach eintägigem Gebrauch des Cyanpräparates schmerzfrei, in der Mehrzahl der Fälle wurden keine weiteren Gelenke befallen, in andern die frisch ergriffenen Gelenke nach Wiedereinnahme des Mittels ebenso prompt befreit. Die Dosis schwankte bei beiden Präparaten zwischen 0·05—0·10—0·15 pro die; die Darreichung geschah beim Zincum im schleimigen Vehikel esslöffelweise stündlich, beim Kalium in Pillen von 0·05, 1, 2—3 Stück pro die. Vergiftungserscheinungen wurden trotz der hohen Dosen nicht beobachtet, was L. der raschen Ausscheidung des Cyans als Cyanwasserstoff durch die Athmung zuschreibt, wodurch eine Cumulation vermieden werde. Die Wirkung auf das Herz ist ähnlich der der Digitalis, nur weniger prompt; in einem Falle wurde eine Pulsverlangsamung von 96 auf 48 Schläge nach mehrtägigem Gebrauche notirt. Temperaturmessungen sind nur in einem Falle gemacht, in welchem mehrmals nach der Einnahme des Cyankaliums am andern Tage ein Temperaturabfall um circa 1·0° constatirt wurde. Ausnahmsweise sollen Diarrhöen entstehen können. Bezüglich des Harns wurde die Beobachtung gemacht, dass nach Einnahme des Mittels zugleich mit dem Freiwerden des Gelenks ein jumentöser Harn entleert wurde. Boese.

25. Morphiumvergiftung. Von Ch. Egan. (Med. Tim. and. Gaz. 1876.)

Ein 7monatliches Mädchen erhielt aus Versehen statt $^1/_2$ Grain Calomel, 1 Grain Morph. muriatic. Erst 2 Stunden darauf (9 U. 20 M.) wurde die Vergiftung bemerkt; ein Emeticum von Senf blieb ohne Erfolg, und erst nach 3maliger Darreichung von je 2 Grain Zinc. sulf. in Pausen von 10 Minuten erfolgte Erbrechen, ohne dass sich die hochgradigen Vergiftungserscheinungen (die übrigens nichts von den bisher bekannten Abweichendes darboten) besserten. E. verordnete nun eine Mixtur von Liqu. ammon. gtts. 10, Tinct. Vallerian aa. dr. remis, Tinct. Belladonn. gtts 8, Aquae uncium, alle $^1/_4$ Stunden 1 Theelöffel zu nehmen, und ein Klystier von Tinct. asae factid. dr. semis, liqu. ammon. gtts 10, ol. olivar. dr. duas. Aqu. dr. duas, ausserdem aber Electricität (ein Pol über dem Phrenicus am Halse, der andere am Epigastrium). Da wegen bald auftretendem Verlust

Digitized by Google

des Schlingvermögens nur 3 Dosen der Mixtur gereicht werden konnten, die 3 ersten gereichten Klystiere bald wieder entleert wurden, und wiederholt bedrohliche Collapsuserscheinungen eintraten, musste der Gebrauch der Elektricität nebst gleichzeitiger Anwendung der manuellen künstlichen Respiration nach Silvester's Methode (abwechselndes Heben der Arme über den Kopf, Herabführen derselben an die Seiten des Thorax und Compression des Thorax) durch volle 8, resp. 7 Stunden fortgesetzt werden unter 3maliger Anwendung kalter Douche auf den Kopf und Application von 3 Klystieren, die zurückgehalten wurden. Blosse Anwendung der manuellen künstlichen Respiration ohne gleichzeitigen Gebrauch der Elektricität erwies sich als unzureichend. Um 6 Uhr erwachte das Kind und begann von der Umgebung Notiz zu nehmen, daher man das bisherige Verfahren sistirte und sich weiterhin nur darauf beschränkte, das Kind durch Zusprechen, Erregung von Geräusch, Schlagen von Gesicht und Brust mit kalten nassen Tüchern wachend zu erhalten. Nach Abgang der bisher zurückgehaltenen Klystiere und Hebung der bedeutenden Auftreibung des Bauches durch Terpentinfomentationen erholte sich das Kind, blieb aber sowohl während der Nacht, während welcher man es nie länger als 10 Minuten auf einmal schlafen liess, als auch am folgenden Tage noch etwas schläfrig. Am 3. Tage war es vollkommen frisch.

Der Fall hat Interesse wegen des Alters der Pat., der relativ grossen Giftmenge und langen Dauer der Anwendung künstlicher Respiration, welcher E. mit Recht die Erhaltung des Lebens zuschreibt. Schroff.

26. Thoracocenthesis mit günstigem Ausgange, mitgetheilt von Dr. F. Hoisel in Rohitsch-Sauerbrunn. (Medic. chirurg. Centralblatt Nr. 22, 1876.)

Eine im 9. Monate schwangere Frau bekam eine Pleuritis sinistra am 5. März. Am 9. desselben Monates gebar sie ein gesundes, vollkommen reifes Kind, ohne besondere Beschwerden. Lochien etc. vollkommen normal. Nach 4 Wochen sah sie H. und fand auf der ganzen linken Lunge vorne wie rückwärts, mit Ausnahme eines schmalen Streifens, wo der Percusionsschall einen tympanitischen Beiklang hatte, vollkommen gedämpften Schall; Auscultation ergibt in den unteren Partien gar kein, in den oberen bronchiales Athmen. Auf der rechten Lunge geringer Katarrh. Pat. klagte über Angst, Appetitlosigkeit, Dyspnoë, fortwährenden Hustenreiz und Stechen auf der linken Seite; alle übrigen Organe normal. Am 7. April war der Zustand der Pat. unverändert, am 8. wurde die Thoracocenthese von Dr. Ipavic aus Graz ausgeführt. Innerhalb eines Zeitraumes von $^5/_4$ Stunden wurden nach sehr häufigen Unterbrechungen 3 Liter einer grüngelben, klebrig sich anfühlenden, an der Luft gerinnenden Flüssigkeit entleert. Pat. fühlte sich während der ganzen Procedur vollkommen wohl und sehr erleichtert. In der Gegend der linken oberen 3 Rippen war bedeutend hellerer Schall und geringes unbestimmtes Athmen zu vernehmen. Die Einstichsöffnung wurde mit Carbolglycerin verbunden. Nach 3 Tagen war an der ganzen linken Lunge, mit Ausnahme einer fingerbreiten Partie hinten und unten voller und heller Schall, vesiculäres Athmen mit Knisterrasseln (?), an Stelle der Dämpfung unbestimmtes Athmen. Das nach der Operation noch gebliebene massenhafte Exsudat war bis auf geringe Spuren in 3 Tagen resorbirt! Am 5. Mai war die Pat. schon ausser Bette und 6 Wochen nach der Operation selbst zu anstrengenderen Arbeiten vollkommen fähig.

Hermann Hertzka.

27. Die elektrolytische Behandlung bösartiger Geschwülste. Von W. B. Neftel. (The Medical Record 1876 Nr. 278.)

Den ersten Fall von elektrolytisch behandeltem Krebs ohne Wiederkehr der Geschwulst veröffentlichte Neftel im Medical Record 1869.

Digitized by Google

Später publicirte er seine weiteren Erfahrungen über diesen Gegenstand in Virchow's Archiv, Band 57. Seitdem hat er das ursprüngliche Verfahren verbessert und in einer demnächst detaillirt zu beschreibenden Weise vervollkommnet, und das Endergebniss der mittelst dieser Methode gewonnenen Wahrnehmungen lässt sich nach Verfasser in folgendem Satze zusammenfassen:

„Die bösartigen Geschwülste, in einem gewissen Stadium ihrer Entwicklung, können durch methodisch geübte Elektrolyse radical geheilt werden."

Aus einer grösseren Anzahl von hierher gehörigen Fällen führt er die folgenden drei zum Belege an:

Fall 1.: Die Frau eines Arztes, 43 Jahre alt, 20 Jahre verheiratet und Mutter von drei Kindern, ist mit Ausnahme einer Dysmenorrhoë, an der sie als Mädchen litt, gesund gewesen. In ihrem ersten Wochenbette bekam sie eine rechtsseitige Mastitis, im April 1869 einen Schlag in dieselbe Brustdrüse, von bald vorübergehendem Schmerz begleitet. Vier Monate später fühlte sie wieder Schmerzen in der rechten Mamma und entdeckte daselbst eine harte Masse, die sich langsam vergrösserte und mit der Haut verwachsen war. Der Schmerz wurde lanzinirend und verbreitete sich über den rechten Arm. — N. fand die Kranke abgemagert, blutleer, von kachektischem Aussehen. Die Geschwulst hatte die Grösse einer Orange und war mit der Haut verwachsen, die Brustwarze eingezogen, die Achseldrüsen verhärtet. Er erfuhr auch, dass ein Bruder der Kranken an Epithelialkrebs des Augenlides gestorben sei. — Am 19. April 1871 wurde in Gegenwart mehrerer Aerzte die erste elektrolytische Operation gemacht; sie war weder von Fieber noch sonstiger Reaction gefolgt, im Gegentheile das Allgemeinbefinden der Kranken besserte sich seitdem rasch, Appetit und Schlaf wurden normal. Die Elektrolyse wurde noch am 28. April, 2. und 6. Mai vorgenommen und die vom Verfasser in Virchow's Archiv beschriebene Nachbehandlung eingeleitet. Der Tumor verschwand ohne eine Spur zurückzulassen und noch 5 Jahre nachher (der letzte Brief des Mannes der Patientin, eines erfahrenen Arztes, datirt vom 1. Jänner 1876) ist keine Recidive eingetreten.

Fall 2.: Eine 43jährige Frau aus den höheren Ständen kam im November 1874 wegen Brustkrebs in Neftel's Behandlung. Ihr Vater war an Halskrebs, der Bruder an Schwindsucht gestorben. Sie litt früher an schwerer Dyspepsie, so dass sie nur wenige Nahrungsmittel und in kleinster Quantität genoss und langsam fast verhungerte. Vor $1^1/_2$ Jahren bemerkte sie in der rechten Brustdrüse einen kleinen Knoten, der sich langsam vergrösserte. Neftel fand die Kranke abgemagert, die Geschwulst in der Mamma unregelmässig geformt, von Wallnussgrösse daneben noch mehrere kleinere Knoten; die Achseldrüsen waren vergrössert und verhärtet. Am 16. December erste Elektrolyse mit localer Anästhesie und allmäliger Steigerung der Stromstärke mittelst des Rheostaten. In Intervallen von mehreren Tagen noch drei Operationen, die weder von Fieber noch sonstiger Reaction gefolgt waren, worauf unter gewöhnlicher Nachbehandlung Heilung eintrat. Ausgezeichnetes Allgemeinbefinden der Kranken, und was das Auffallendste war, die Dyspepsie war geschwunden. Die Patientin konnte nun allerlei Nahrung und in nöthiger Menge ohne Beschwerden geniessen, und gab an, sich schon der Dyspepsie allein halber, gerne einer solchen Operation unterziehen zu wollen.

Fall 3.: Mrs. E., eine intelligente und gebildete 49jährige Frau, noch menstruirt obwohl unregelmässig, hat 6 Kinder geboren. Ihre Grossmutter und drei Schwestern der letzteren starben an Brustkrebs, die Mutter wahrscheinlich an Lungen-

Digitized by Google

krebs. Patientin war stets gesund. Im Winter 1874 verspürte sie zuerst einen leichten Schmerz in der linken Brustdrüse, den sie nicht weiter beachtete; im Mai 1875 entdeckte sie daselbst zufällig einen Tumor, der rasch von Nussgrösse bis zu der eines Kindskopfes anwuchs. Zwei consultirte Aerzte erklärten die Geschwulst für einen bösartigen Krebs, und da auch die Achseldrüsen befallen waren und eine chirurgische Operation keine Aussicht auf Erfolg bot, wiesen sie die Kranke an Neftel. Dieser fand die Patientin von kachektischem Aussehen, die ganze linke Brustdrüse entartet, in derselben einen unregelmässigen, mit der Haut verwachsenen kindskopfgrossen Tumor und in der Achselhöhle einen zweiten von Hühnereigrösse, der aus einem Drüsenpakete hervorgegangen war. Er sträubte sich anfangs, diesen Fall zur Behandlung zu übernehmen, da nach der von ihm selbst aufgestellten Regel die Elektrolyse nur bei local beschränkter Geschwulst angezeigt ist, führte aber schliesslich dennoch die elektrolytische Operation unter Anästhesirung der Kranken aus (Juli 1875). Nach drei Sitzungen und der darauf folgenden Nachbehandlung verschwanden die beiden Tumoren gänzlich, es stellte sich ein treffliches Allgemeinbefinden ein und bis Februar 1876 war keine Recidive noch aufgetreten.

Die Details seines Verfahrens will Verfasser an einem anderen Orte beschreiben, hier macht er nur noch darauf aufmerksam, dass die Elektrolyse niemals von Pyämie oder Rothlauf gefolgt wird, die man nach chirurgischen Operationen so oft eintreten sieht. Das Allgemeinbefinden der Patienten bessert sich sehr rasch und sie werden durch die Behandlung in ihren Geschäften oder sonstiger Berufsthätigkeit nicht gestört. Popper.

28. Heilung eines veralteten Prolapsus ani durch die Faradisation. Von Dr. Ehrlichs in Lichtenfels. (Der praktische Arzt 1876, Nr. 8.)

Bei einem einjährigen Mädchen, bei welchem im Alter von 14 Tagen Prolapsus ani aufgetreten und nicht mehr zurückgebracht worden war, fand Verfasser folgende Verhältnisse: Das Kind bot das Aussehen eines schwachen Neugebornen; der anus war in einer Länge von 20 Centimetern prolabirt, das vorgefallene Stück missfarbig, blassbräunlich. Zunächst wurde natürlich der vorgefallene Theil zurückgebracht, indem beide Daumen um das untere Ende gelegt wurden, so dass die Spitzen derselben in das Darmlumen ragten, und während der Schreipausen den Darm zurückdrängten. Nun wurde der eine Daumen im Darmlumen belassen, oder vielmehr fast in seiner ganzen Länge in dasselbe eingeführt, während noch ein conischer, mit Tanninsalbe (1 : 3) bestrichener Charpietampon neben demselben eingebracht wurde, dann wurde der Daumen langsam zurückgezogen, der Tampon aber gleichzeitig vorgeschoben. Zurückgehalten wurde der Tampon in den ersten drei Tagen durch die Hand der Wärterin, deren sich zwei ablösten, und zwar durch 5—8 Stunden. Während dieser Zeit lag das Kind auf einem Bettstücke auf dem Tische in Seitenlage, zur Nahrung erhielt es Milch, etwas Fleischbrühe und Wein. Am 4. Tage hatte der Darm schon ein besseres Aussehen und wurde mit der Faradisation des vollständig aussen befindlichen Vorfalls begonnen; diesen Tag mit ganz schwachem Strome, ungefähr 10 Minuten lang. Nach beendigter Faradisation wurde der Darm wieder reponirt und wie früher verfahren. Von Tag zu Tag wurde nun sowohl in Bezug auf Dauer als Stromstärke gestiegen, immer mit einem schwachen Strome beginnend, bis nach einschliesslich 8—10 Tagen seit der elektrischen Behandlung der mit dem Apparate zu erzielende stärkste Strom (1 Zinkkohlenelement) angewendet wurde und die Dauer der Faradisation $^1/_2$ Stunde betrug. Noch bevor 14 Tage vom Beginne der Cur an vor-

Digitized by Google

über waren, blieb der Tampon von selbst bis zum Eintritt der Defäcation liegen, und contrahirte sich die Muskulatur bei der Faradisation nicht nur sichtbar, sondern es zog sich der Prolapsus während deren Einwirkung zuletzt vollständig zurück; auch erreichte derselbe nicht mehr seine anfängliche Grösse, sein Aussehen wurde täglich normaler und die Geschwüre wurden ohne irgend welche locale Behandlung fast vollständig geheilt. Die Schliessmuskeln, richtiger der Rand des anus, wurden die ersten Tage nicht besonders berücksichtigt, vom 12. Tage an jedoch je 5 Minuten kräftig faradisirt. Die Entwicklung des Kindes hatte während dieser kurzen Zeit Riesenfortschritte gemacht, es konnte ganz gut consistentere Nahrung vertragen; den grössten Theil der Zeit brachte es, nachdem die manuelle Zurückhaltung unnöthig geworden war, im Freien zu. Die Cur musste wegen eines Familienereignisses auf 14 Tage unterbrochen werden und wurde binnen weiteren 14 Tagen zu Ende geführt. Seither sind 2 Jahre verflossen, ohne dass ein Rückfall eingetreten wäre, und das Kind hat sich seither kräftig entwickelt. Popper.

29. Mittel gegen Intermittens. (Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin Nr. 33, 1876.)

Ein Herr C. Brokes theilt der Redaction obgenannten Blattes seine Erfahrungen über die Behandlung des Wechselfiebers mit, die er auf seinen Reisen machte. Merkwürdigerweise fand er bei den Guarani-Indianern in Südamerika und in den sumpfigen Ebenen der Theiss und Maros in Ungarn dasselbe Volksmittel gegen diese Krankheit in Gebrauch, nämlich — Kochsalz.

Man nimmt eine gute Hand voll reinen und gestossenen Kochsalzes und röstet dasselbe in einer mit „peinlicher Sorgfalt" gereinigten, am besten ganz neuen Pfanne über nicht zu starkem Feuer so lange, bis dasselbe eine bräunliche Farbe, ähnlich der von schwach gebranntem Kaffee angenommen hat. Von diesem präparirten Salz nimmt ein starker Mann einen starken Esslöffel, löst dasselbe in einem Glase heissen Wassers und trinkt das Ganze warm, womöglich auf einmal aus, und zwar, bei 2—3- oder 4tägigem Wechselfieber Morgens nüchtern an dem Tage, der auf den Fiebertag als fieberfreier folgt, bei eintägigem Fieber ein oder zwei Stunden nach überstandenem Fieber. Das Mittel wirkt nur, wenn es nüchtern genommen wird. Gegen den sich einstellenden Durst nur wenig Wasser, innerhalb der nächsten 48 Stunden überhaupt nur etwas Fleischbrühe, sonst strengste Diät und Vorsicht vor Erkältung. So hat Herr Brokes Hunderte von Fällen nach ein-, höchstens zweimaliger Einnahme radical curirt, nie versagte die Cur. Beiläufig macht B. darauf aufmerksam, dass in Algier der blühende Oleander für fiebererzeugend gehalten wird, so dass in Oran auf Befehl des franz. Gouvernements alle Oleander ausgerottet wurden.

Hermann Hertzka.

30. Ueber die Methode Leube's, bei Dyspepsie die Magenverdauung zu beurtheilen und zu verbessern. Von Dr. Eduard Külz in Marburg. (Dtsch. Ztschr. f. pr. Medic. 1875, 27.)

K. recapitulirt zunächst das unseren Lesern bekannte Raisonnement Leube's, wonach bei Anomalien der Verdauung im Magen die freie

Digitized by Google

Säure des Magensaftes oder das Pepsin quantitativ verändert sein können und die Therapie demgemäss entweder Säure, resp. Pepsin zuführen oder aber die überschüssige Säure (mit kohlensaurem Natron) neutralisiren, resp. das überschüssige Pepsin (mit einem Metallsalz) herausfällen soll. Leube lässt, wie unsere Leser wissen, bei länger währender Dyspepsie Morgens nüchtern Carlsbader Salz (25 Gramm), Mittags trockenen, kalten Kalbsbraten nehme und nimmt dann 1—2 Stunden nach der Mahlzeit mit der Magensonde einen Theil des Mageninhaltes heraus, bringt nun in drei Kochfläschchen je 50 Ccm. filtrirten Magensaftes und je eine Fibrinflocke. In das eine der drei Gefässe gibt er 2 Tropfen Acid. hydrochl., in das zweite nichts und in das dritte 2 Tropfen neutraler Pepsinlösung und er überzeugte sich auf diesem Wege, dass, wenn er die drei Fläschchen dann auf 35—40° C. (im Wasserbade) erhitzte, meist Säuremangel die Ursache der Dyspepsie war.

K. vermisst hier zunächst die Angabe, wie viel Wasser Leube vor Herausholung der mehr als 150 Ccm. Mageninhaltes in den Magen gebracht habe; er selbst gab in seinen Nachversuchen 100—300 Ccm. in den Magen. Sodann fand K. auch Eiweisswürfel (von hart gesottenem Hühnereiweiss werden mit einem Doppelmesser dünne Scheiben geschnitten, aus dem mit einem Korkbohrer gleich grosse Stücke genommen wurden) zur Anstellung der Probe geeigneter, als die schwer gleich gross zu erhaltenden Fibrinflocken.

Der Magensaft von Kranken nun mit Diabetes zeigte ebenfalls eine kräftigere Verdauungsfähigkeit, wenn ihm (in obiger Weise) Acid. hydrochl. zugesetzt war, und es wäre also, meint K., nach dem Gedankengange Leube's der Schluss nahe gelegen, dass der Magensaft dieser Personen zu wenig Salzsäure enthalte. Die Verdauungskraft derselben liess aber durchaus nichts zu wünschen übrig, wie ein beigegebener Speisezettel zeigt, der unter vielem anderen auch noch 9 harte Eier pro die aufweist.

Der Magensaft zweier gesunder Versuchspersonen zeigte ohne Zusatz von Salzsäure gar keine oder nur minimale, nach diesem Zusatze ausgezeichnete Verdauungskraft. „Meist schon allein, in der Regel jedoch sichtlich besser auf Zusatz von Salzsäure" verdaute der Magensaft gesunder Individuen dann, wenn es K. gelang, den Magensaft unverdünnt herauszuheben; er sucht daher den Hauptgrund, weshalb der filtrirte Mageninhalt ohne Salzsäurezusatz nicht verdaut, in der Verdünnung des Magensaftes und bestreitet daher die Richtigkeit der Schlüsse, welche Leube aus seinen Beobachtungen gezogen hat. Bettelheim.

31. Ueber Beleuchtungsapparate, die ohne weitere Hilfsvorrichtung die Demonstration der Bilder an einen zweiten Beobachter gestatten. Von Dr. B. Fränkel in Berlin. (Berliner klinische Wochenschrift 1876, Nr. 16.)

Verfasser gibt in der vorliegenden Abhandlung eine Abbildung und Beschreibung eines von ihm construirten neuen Beleuchtungsapparats, der

Digitized by Google

die Möglichkeit bietet, einem zweiten Beobachter ohne weitere Hilfsvorrichtungen das beleuchtete Bild gleichzeitig mit der eigenen Wahrnehnehmung auf bequeme und sichere Weise demonstriren zu können.

Was die speciellen Einrichtungen betrifft, so sei Folgendes erwähnt:

1. Verf. wählte einen kleinen Petroleumbrenner. Selbstredend kann der Apparat auch an anderen Lampen angebracht werden.

2. Da es ein stabiler Apparat sein sollte und man immer einer hoch und niedrig zu stellenden, also besonderen Lampe bedarf, so hat Verf. denselben direct an die Lampe anlöthen lassen. Wer lieber eine Schrauben-Vorrichtung hat, kann natürlich den Apparat auch damit befestigen.

3. Der zur Blendung dienende Metall-Cylinder ist nöthig, um das Auge des zweiten Beobachters zu schützen.

4. Die Linse hat einen Durchmesser von 2 Zoll. Dem Spiegel hat Verf. einen Durchmesser von 3 Zoll geben lassen, um die Demonstration bequemer zu haben.

5. Die Hülse der Linse ist beweglich und kann leicht der Flamme angenähert und von ihr entfernt werden, damit das Flammenbild an dem zu beleuchtenden Ort eingestellt werden kann. Damit sie nicht zu warm werde, ist sie in einem besonderen Ring befestigt.

6. Zur Selbstbeobachtung ist ein besonderer Planspiegel beigegeben.

7. Es würde nichts im Wege stehen und die Demonstration fördern, wollte man nach dem Vorgange von Schalle den Spiegel grösser nehmen und excentrisch an zwei Stellen durchbrechen, um das binoculare Sehen zu erzwingen. Der Durchmesser des Spiegels ist aber so klein, dass auch bei centraler Durchbohrung dem binocularen Sehen kein Hinderniss im Wege steht.

8. Wer die Intensität verstärken will, kann den Durchmesser der Linse vergrössern oder eine lichtstärkere Flamme wählen. Riegel.

32. Zur Kenntniss der Heilmittel von Reichenhall. Von Dr. G. von Liebig. (Mitgetheilt in der Sitzung des ärztlichen Vereines zu München. Aertztl. baierisches Intelligenzblatt 1876, Nr. 17.)

Um ein Kochsalztrinkwasser, resp. eine Trinksoole für Reichenhall zu schaffen, wird seit 1874 die Edelquelle Reichenhalls mit so viel Wasser versetzt, dass sie $^9/_{10}$% Salz enthält. Zur Geschmacksverbesserung wird das Wasser noch ausserdem mit Kohlensäure imprägnirt.

Je nach der getrunkenen Menge wirkt dieses scharfe Kochsalzwasser (wie Ragoczi) entweder entleerend oder die Verdauung befördernd; ein längerer Gebrauch wirkt jedoch nachhaltig auf die intermediäre Säftecirculation und auf den Stoffwechsel.

Die verdauungbefördernde und die nahrungsmittellösende Wirkung der schwachen Kochsalzwässer konnte v. Liebig an sich und Anderen

Digitized by Google

nachweisen. Durch kein anderes Mittel wurde die Verdauung bei Störung derselben, z. B. nach Genuss fetter Speisen, nach Ueberarbeitung, nach gemüthlichen Einflüssen auf das Nervensystem, so schnell wieder hergestellt, als durch den Genuss eines mässig grossen Glases (200—300 CC.) der Trinksoole. v. Liebig hält für diese Zwecke immer einen Vorrath von Trinksoole in seinem Hause.

Erklären lässt sich diese Wirkung auf Grund der Beobachtungen von Hasse und Heidenhain, welche durch Zusatz von schwachen Kochsalzlösungen zu Speichel und auch Pankreassaft eine schnellere Ueberführung des Stärkekleisters in Zucker, resp. eine schnellere Lösung des Fibrins bewirkten. Für gewöhnlich wirkt Kochsalz auf Fermente anderer Art eher hemmend als befördernd.

Ausser in dieser Weise wirkt die Trinksoole durch ihr Kochsalz noch rein örtlich auf die Magen- und Darmschleimhaut.

Die Trinksoole in Reichenhall wird ferner noch bei Katarrhen des Rachens, der Nase, der Respirations-Schleimhaut überhaupt, wie in anderen Orten, zum Gurgeln, Bepinseln, Trinken und Inhaliren (zerstäubt) verwendet.

Die Inhalationssäle jedoch werden mit der 3—4percentigen zerstäubten Soole gefüllt. Einen schwächeren Salzgehalt verwendet man nicht, weil das Publikum das Salz schmecken will. Die Wirkung des Aufenthaltes in den Sälen macht sich besonders auf die Schleimhaut des Kehlkopfes, der Bronchien und auf chronische Pneumonien geltend. Die reizmildernde Eigenschaft des Auftenthaltes in den Inhalationssälen ist dem Kochsalzgehalt der Luft und ihrer Feuchtigkeit zuzuschreiben.

v. Liebig fand bei einer Vergleichung des Ozongehaltes der Luft in den Inhalationssälen und der Luft im Garten meist sogar in der Luft der ersteren ein geringes Plus von Ozon, so dass ursprünglich noch bedeutend mehr Ozon als im Garten vorhanden gewesen sein musste, da von Menschen gefüllte Räume gewöhnlich kein Ozon haben und da jene Säle doch mit Menschen gefüllt waren. Dieser vermehrte Ozongehalt in den Inhalationssälen wird der desinficirenden Wirkung des Ozons wegen mit als Nutzen des Aufenthaltes in jenen Sälen angesehen.

Knauthe.

33. Zur Behandlung syphilitischer Knochenaffectionen. Von Dr. Schuster in Aachen. (Vierteljahrsch. f. Dermat. u. Syph. 1876, 2. Heft.)

An der Hand zweier diesbezüglicher Krankengeschichten thut Dr. S. dar, dass Knochenerkrankungen bei Syphilitischen auch früh, nicht, wie man sonst anzunehmen geneigt war, erst ziemlich spät (als tertiäre Syphilis) sich zeigen. Er tritt auf Grund seiner Erfahrungen der Ansicht entgegen, Mercur begünstige die Entwicklung dieser Krankheiten, beweist im Gegentheile, dass Mercur im Vereine mit (Aachener) Thermalbädern

Digitized by Google

in Fällen von Recidive oder unvollständiger Heilung sich äusserst wirksam erwiesen habe. Zugleich räth er im Vereine mit Volkmann u. A. dringend, örtliche operative Behandlung nicht zu unterlassen, und gleichzeitig das bei diesen Leiden beobachtete Fieber durch antipyretische Mittel: Chinin, Salicin, salicinsaures Natron zu bekämpfen.

Emanuel Kohn.

34. Die Wirksamkeit der Thermalsoolbäder in Oeynhausen gegen chronischen Bronchialkatarrh und Asthma beruht nach Dr. Rinteln (Allg. med. Centralztg., Prag. Vierteljahrschr. 1876) darauf, dass durch den Kochsalz- und Kohlensäurereichthum dieses Wassers, sowie durch die Temperatur des Bades und das darauf folgende Frottiren ein starker Reiz auf die äussere Haut und auf die peripherischen Nerven hervorgerufen wird, wodurch nicht allein ableitend von der Bronchialschleimhaut gewirkt, sondern auch durch die veränderte Blutvertheilung die Energie gesteigert wird. Es wird endlich dadurch die fast immer mit dem Bronchialkatarrh verbundene Neigung zur Schweissbildung gehoben und die Disposition zu neuen Erkältungen verhütet. Zum vollkommenen Gelingen der Cur ist es allerdings wünschenswerth, dass während dieser Zeit eine ziemlich gleichmässige Temperatur der Luft, zwischen 13° und 14° R. herrscht und Windstille besteht. Für solche Kranke ist in Oeynhausen die beste Zeit der Cur Juni bis Mitte Juli, und Mitte August bis Mitte September. Das Thermalbad wird in seiner natürlichen Temperatur von 23° R. angewendet, und nur bei zarten, schwachen Kindern und älteren Personen die Temperatur durch Hinzuleitung von warmen Dämpfen auf 24, ausnahmsweise auf 25° R. erhöht. Die Dauer des einzelnen Bades darf nur 10 Minuten für gewöhnlich betragen, bei schwächeren Personen sogar nur 7 bis 8 Minuten, bei kräftigen kann sie hingegen bis 12; nie aber darf sie über 15 Minuten betragen. Zarte, schwächliche Kranke nehmen wöchentlich 4 Bäder, kräftigere täglich ein Bad. Die ganze Cur erstreckt sich auf 24 bis 30 Bäder.

35. Sind während der Zeit der Gravidität Bäder anzuwenden? Von Dr. Drescher. (Jahresb. d. schles. Bäder 1875, Vierteljahrschrift für prakt. Heilk. 130.)

1. Schwangerschaft an sich ist keine Gegenanzeige für den Gebrauch regelmässiger Bade- und vorsichtiger Trinkcuren. 2. Die physiologisch-physikalischen Badewirkungen contraindiciren ebenfalls nicht die Anwendung der Bäder während der Schwangerschaft im Allgemeinen. 3. Beginnende Dyskrasien ergeben nicht nur keine Contraindication gegen Bäder, sondern indiciren dieselben nach den individuellen Fällen und in bestimmten Normen. 4. Von Seiten des Nervensystems steht nur die Idiosynkrasie der Anwendung der Bäder entgegen. 5. Plethorische und hyperinotische Krasen im Verlaufe der Schwangerschaft können individuelle Gegenanzeigen gegen den Gebrauch der Bäder werden und gebieten stets

Digitized by Google

Vorsicht. 6. Die Untersuchung hat keinen Anhalt dafür ergeben, dass die Bäder erst nach der Mitte der Schwangerschaft zuzulassen seien. 7. Wir sind somit berechtigt, den Grundsatz aufzustellen: Gesunde Schwangere jeder Art, jeden Alters und in jedem Stadium, und solche Schwangere, die mit gewissen physiologisch angelegten Bluterkrankungen behaftet sind, werden jeder Zeit mit Vortheil unter genauer Würdigung des Einzelfalles Bäder jeder Art gebrauchen können und zur Conservirung ihrer Gesundheit gebrauchen müssen.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

36. Die partielle Magenresection. Eine experimentelle, operative Studie nebst einer Zusammenstellung der im pathol.-anatom. Institute zu Wien in dem Zeitraume von 1817—1875 beobachteten Magencarcinome. Von Dr. Carl Gussenbauer im Vereine mit Dr. A. von Winiwarter. (Arch. für klin. Chirurgie. XIX. Bd. 3. Heft.)

G. hat es unternommen, experimentell zu constatiren, ob es möglich sei, ohne direct das Leben zu gefährden, einen Theil des Magens zu reseciren. Anlass zu dieser Arbeit gab der Gedanke, beim Magencarcinom, besonders beim Pyloruskrebs, der erfahrungsgemäss gar nicht oder doch sehr spät secundäre Carcinome veranlasst, durch Exstirpation der erkrankten Partie einen möglicherweise lebensrettenden Eingriff auszuführen. Wenn es bewiesen werden könnte, dass weder der mit der Carcinomexstirpation nothwendiger Weise verbundene partielle Organverlust, noch eine dadurch bedingte Störung der Magenfunction unmittelbar tödtliche Folgen nach sich ziehen, die unmittelbaren Folgen des operativen Eingriffes an sich aber durchaus nicht so gefährlich seien, als man nach der blossen Vorstellung glauben sollte, so wäre man berechtigt, die Exstirpation der Magencarcinome in die chirurgische Therapie aufzunehmen, umsomehr als die Operation eine Chance der Heilung Menschen bieten würde, die ja mit Sicherheit dem qualvollsten Tode anheimgefallen sind. Die experimentelle Lösung der Frage wurde von den Verfassern angestrebt, indem sie versuchten, an Hunden das Stück des Pylorus, welches bei einer eventuellen Exstirpation eines Carcinomes in Frage käme, zu reseciren. Zur Beurtheilung des Verfahrens ist eine kurze Angabe der Operationstechnik nothwendig. Der Hund wurde einige Tage vor der Operation nur mit flüssiger Nahrung versorgt. Unmittelbar vor dem Eingriff erhielt er eine subcutane Morphiuminjection, welche gewöhnlich ausgiebiges Erbrechen hervorrief und das Thier so weit in Narkose versetzte, dass übermässiges Pressen vermieden wurde.

Nun wird die Bauchhöhle in der Linea alba nach abwärts vom

Digitized by Google

Processus xiphoideus in der gewöhnlichen Weise eröffnet und das Pylorusende aufgesucht.

Dieses ist beim Hund viel schwieriger zu erreichen als beim Menschen, es muss das grosse Netz durchbohrt, bisweilen auch eine Adhaesion desselben getrennt werden. Ist das Pylorusende in die Wunde vorgezogen, so wird das Mesenterium an der oberen und unteren Peripherie abgelöst, mit ihm die Arter. coronariae ventric. sup. et infer.; der Assistent comprimirt mit den Daumen und Zeigefingern beider Hände den Magen oberhalb und unterhalb der zu resecirenden Partie und der Operateur schneidet ein ringförmiges Stück von gewählter Breite (die supponirte erkrankte Partie) aus. Es besteht nun eine vollständige Continuitätstrennung des Magens, welche durch die Nath vereinigt werden muss. Während der Assistent die beiden Enden festhält und durch Compression das Ausfliessen von Blut und Mageninhalt verhindert, näht der Operateur die Schnittflächen so aneinander, dass die Wundränder ihrer ganzen Dicke nach vereinigt werden. Es wurden in Bezug auf die Naht verschiedene im Originale nachzusehende Modificationen versucht; wichtig ist, dass die Vereiniguug durch einfache Knopfnähte, welche alle Schichten der Magenwand durchdringen, wobei aber die Schleimhaut nicht durchstochen sondern nur angestochen wird und die an der Peritonealseite geknüpft werden, vollkommen genau gemacht werden kann. Ist dies geschehen, so wird das Operationsfeld gereinigt, der resecirte Magen, dessen Continuität nun durch die Naht wieder hergestellt ist, reponirt und die Bauchwunde ebenfalls durch Nähte geschlossen. Das operirte Thier bekommt in den ersten Stunden gar keine und dann nur kleine Quantitäten ganz flüssiger Nahrung. Es ist nicht möglich hier näher auf die einzelnen Versuche, deren Ausgänge, die angewendeten Modificationen u. s. w. einzugehen, obwohl dieselben eine Menge interessanter Details bieten; es genüge, das Endergebniss derselben zu erwähnen. Es zeigte sich, dass die Vereinigung der Wundflächen des Magens in ganzer Ausdehnung per primam intentionem eintrat, selbst wenn sich eine primäre Peritonitis entwickelt, dass ferner die Peritonitis eine zufällige und zu vermeidende Complication darstellt, dass die Hefte im Allgemeinen keine Reaction hervorrufen, dass eine Selbstverdauung des Magens durchaus nicht stattfindet, und dass die Thiere die Operation ohne die geringste Störung überleben können und von dem ganzen Eingriff nur eine schmale, glatte, das Lumen nicht verengernde Narbe zurückbehalten. Von einer Alteration der Verdauung war trotz monatelanger Beobachtung an den operirten Thieren nichts zu bemerken.

Nachdem die Operation am Hunde geprüft worden war, wurde ihre Ausführung an menschlichen Leichen versucht und ungefähr in derselben Weise vollendet. Beim Menschen ist die Sache insoferne einfacher, als der Pylorus nahezu in der Linea alba liegt, dass man die Durchbohrung des Netzes erspart und dass das Operationsfeld viel leichter zugänglich ist.

Digitized by Google

Der zweite Theil der Arbeit enthält eine Zusammenstellung aller Fälle von Magencarcinomen, welche in einem Zeitraume von 52 Jahren (soweit die Sectionsprotokolle, die mit musterhafter Sorgfalt geführt sind, zurückreichen) an der patholog.-anatom. Anstalt zu Wien zur Section kamen. Von den Tabellen, welche geeignet sind, nicht nur den Chirurgen, sondern auch den Pathologen und den internen Kliniker zu interessiren, enthält die erste sämmtliche Fälle von Magencarcinom, nach Jahren geordnet, mit Angabe des Geschlechtes, des Alters (nach Decennien), der Form, des Sitzes des Carcinoms (im Magen), ferner die Zahl der Fälle von Magencarcinomen ohne Secundärcarcinome und mit Secundärcarcinomen und die Angabe des Sitzes der letzteren. Die wichtigsten Zahlen mögen hier erwähnt werden, weil ähnliche statistische Angaben nicht existiren, so wenig als ein annähernd so reichhaltiges Materiale existirt, wie dasselbe den Verfassern zu Gebote stand. Unter 61.287 Sectionen fanden sich 903 Fälle von Magencarcinomen. Darunter standen im Alter von

Jahren	10—20	21—30	31—40	41—50	51—60
Fälle	1	41	115	221	267

Jahren	61—70	71—80	81—90	91—100
Fälle	191	58	6	1

Dem Geschlechte nach waren 507 Männer und 396 Weiber.

Die Form des Carcinoms war:

C. fibrosum	in	281 Fällen
C. medullare	„	608 „
C. gelatiniforme	„	13 „
C. fasciculatum	„	1 „

Dem Sitze nach war ergriffen:

Cardia	in	58 Fällen
Curvatur. minor	„	65 „
Curv. maj.	„	13 „
Vord. Wand	„	20 „
Hint. Wand	„	37 „
Fundus	„	13 „
Pylorus	„	524 „
Mehrere Stellen	„	29 „
Ganzer Magen	„	126 „

331 Fälle waren ohne alle Complication mit Secundärcarcinomen, 572 mit solchen combinirt.

Die Secundärcarcinome betrafen:

Die Leber	in	259 Fällen
die Milz	„	9 „
Pankreas	„	100 „
Peritoneum, Netz und Darm	„	173 „
Pleura	„	22 „

Digitized by Google

Lungen		in	13	Fällen
Meningen und Gehirn		„	5	„
Lymphdrüsen	des Magens	„	17	„
	des Pankreas	„	94	„
	retroperitoneale	„	106	„
	mesenteriale	„	41	„
	des Thorax	„	10	„
	des Halses	„	5	„
Allgem. Carcinomatose		„	11	„

Die 2. Tabelle enthält eine Zusammenstellung der Pyloruscarcinome (542 Fälle) allein, wobei ausser den Rubriken über Sitz, Complicationen u. s. w. noch angeführt sind die Zahl der Fälle mit Verwachsungen (370) und jene ohne Verwachsungen (172), ferner die Art der Verwachsung, die Ausdehnung und die etwa vorhandenen Angaben über Stenose, Ulceration, Arosion von Gefässen u. s. w. Bemerkenswerth ist, dass von den 542 Fällen von Carcinom 223 ohne Complication mit Secundärcarcinomen beobachtet wurden.

Aus den angeführten Tabellen ergibt sich also, dass die Pyloruscarcinome die überwiegend häufige Zahl der Magencarcinome ausmachen, dass sie in mehr als ein Drittheil aller Fälle als locale Erkrankung allein im Körper vorkommen und durch die Pylorusstenose und deren Folgezustände den Tod herbeiführen. Nach diesen Erfahrungen und gestützt auf die Erwägung, dass die exacte Diagnose der Magencarcinome sich immer mehr vervollkommnet und bereits in frühen Stadien der Erkrankung mit grosser Sicherheit gemacht werden kann, ist der Vorschlag einer operativen Beseitigung des Pyloruscarcinomes beim Menschen durch Resection des erkrankten Theiles mehr als ein blosses Curiosum und seine Verwirklichung wird zweifellos mit demselben Rechte unternommen werden können, mit welchem man ausgedehnte Carcinomoperationen überhaupt ausführt. Die Erfahrungen über Gastrotomie wegen Fremdkörper, sowie zahlreiche Heilungen von Magenverletzungen beweisen, dass auch beim Menschen die Verwundung des Magens an sich so wenig gefährlich ist und so gut heilen kann, wie beim Hunde und was die Eröffnung der Bauchhöhle betrifft, so hat man gelernt, ihre Gefahren zu reduciren und Niemand hält eine sonst indicirte Operation mehr für contraindicirt, weil sie die Verletzung des Peritoneum involvirt. Die Anwendung der Magenresection beim Menschen wird übrigens in dem Aufsatze eben nur in Vorschlag gebracht; es muss der Zukunft anheimgestellt werden, ob durch die klinische Beobachtung die Diagnose des Pyloruscarcinoms in seinen früheren Stadien mit solcher Sicherheit zu stellen sein wird, dass man erwarten kann, das Carcinom vollständig und ohne allgemeine bedeutende Eingriffe entfernen zu können. Zur Erreichung dieses Zieles mangelte den Verfassern das klinische Material. Winiwarter.

Digitized by Google

37. Zur Behandlung der äusseren Magenfisteln von Dr. Riedinger in Würzburg. (Centralblatt für Chirurgie Nr. 16. 1876.)

In die Klinik des Prof. v. Linhart wurde ein 16jähriges Mädchen aufgenommen, das in der Gegend ihres Nabels mehrere Ulcerationsflächen hatte, welche nach dem Durchbruche eines über handbreiten Abscesses zurückgeblieben waren.

Der Abscess hatte sich mehrere Jahre lang unter den Erscheinungen von zeitweiligem Erbrechen, Diarrhoen, Schmerzen an dieser Stelle entwickelt, und das Aussehen der Patientin bedeutend beeinträchtigt.

Die eiternden Stellen confluirten bald, die Ulceration verbreitete sich rasch in die Tiefe, so dass bereits am 4. Tage nach der Aufnahme eine Communication des Geschwürs mit dem Magen constatirt werden konnte.

Durch eine hinzugekommene Nosocomialgangrän der Wunde wurde die Fistelöffnung rasch vergrössert, so dass sie 6 Ctm. im Längsdurchmesser und 3 Ctm. im Querdurchmesser maass.

R. ernährte die Patientin mit Beginn der Eiterung per rectum, die Fistel verkleinerte sich rasch, und nach mehreren Monaten war sie nur mehr für den Sondenknopf durchgängig. — Um auch dieses von narbigen Rändern umgebene Lumen zum Verschlusse zu bringen, wurde eine Cauterisation mit dem Ferrum caudens vorgenommen.

BOSTON MEDICAL LIBRARY

Nach einem Monate war die Kranke von ihrer Magenfistel genesen. — R. erklärt die Aetiologie dieses Falles mittelst der plausiblen Anschauung, dass es sich hier um eine circumscripte Peritonitis handelte, wobei der Eiter erst nach aussen und dann rasch nach innen gegen die Magenwand hin vordrang und schliesslich diese letztere selbst zerstörte.

Die Ernährung der Kranken vom Mastdarme aus hält Verf. für ebenso wichtig, wie die Cauterisation, durch welche sich die Fistelöffnung so rasch geschlossen hatte. Wölfler.

38. Das physiologische Blasegeräusch beim ersten Herzton der Wöchnerinnen, nebst Bemerkungen über die Entstehung des ersten Herztones und der accidentellen Geräusche. Von Dr. H. Fritsch in Halle. (Archiv f. Gynaekol. 3, 1875. Allgem. med. Centr. Zeitsch. 1876.)

Zahlreiche Beobachtungen haben F. belehrt, dass bei Wöchnerinnen der erste Herzton sehr häufig in ein sanft hauchendes Geräusch verwandelt ist. Diese Veränderung zeigt sich oft gerade bei den gesundesten Frauen und tritt entweder schon einige Stunden nach der Geburt, oder erst nach 2—3 Tagen ein. Am deutlichsten vernehmbar ist dieses Geräusch an der Herzbasis oder Herzspitze. Richtet sich die betr. Person auf, so werden zunächst die Herzcontractionen häufiger, und in vielen Fällen tritt der Herzton rein hervor, das Geräusch verschwindet; zu derselben Zeit lässt sich ein frequenterer, oft dicroter Puls wahrnehmen. Das Verschwinden des Geräusches erfolgt ebenso bei Compression beider Iliacae oder der Aorta abdom., nach Darreichung grösserer Mengen Weins oder

Digitized by Google

von Digitalis (2,0 : 200,0 Grm.) In allen Fällen blieb der 2. Ton doppelschlägig. (? R.)

Zu den Ursachen der Entstehung des 1. Herztons gehört das Einströmen einer Blutwelle in die grossen Gefässe. Der Ton wird in den Gefässen nicht durch Schwingungen der Gefässwände, sondern durch die in genügender Geschwindigkeit strömende Flüssigkeit hervorgebracht. Je nachdem diese Geschwindigkeit sich auf die ganze Masse oder nur auf einzelne Stellen (? R.) der Flüssigkeit erstreckt, wird ein deutlicher Ton oder nur ein Geräusch vernehmbar. Es kann auch die Stromgeschwindigkeit eine zu geringe sein, um einen Ton zu erzeugen. Als 2. Ursache des 1. Herztones werden die Schwingungen der Klappen angesehen, aber höchst auffallend ist dem Verf. die Erscheinung, dass gerade bei Insufficienz und Stenose, wobei also die Klappen verkürzt und verdickt (und das Herz oft hypertrophirt ist, R.) sind, die Töne oft noch lauter sind, als bei normalen Klappen. Daher müsse der an der Tricuspidalis und Mitralis entstehende Ton ebenso auf die Flüssigkeit selbst bezogen werden. Was endlich die 3. Ursache, die Contraction des Herzmuskels betrifft, so scheint Verf. dieser Muskelton jedenfalls nicht laut genug, um ihn zu vernehmen. Verf. meint daher, dass der 1. Ton nur ein Flüssigkeitston ist. Bei Wöchnerinnen muss der 1. Herzton in Folge des relativ geringeren Blutquantums, welches bei Verringerung des intra-abdominalen Druckes nach dem Herzen strömt, leiser werden, sich allmälig zu einem hauchenden Geräusch abschwächen und bei sehr geringer Blutmenge, resp. Stromgeschwindigkeit ganz verschwinden. Die Qualität des Blutes, ob viscös oder hydrämisch, hat keinen Einfluss auf das Herzgeräusch. Finde man bei einer Wöchnerin ein deutliches Geräusch, so sei kein dicroter Puls vorhanden, und bei dicrotem Pulse nie ein Geräusch. Da aber die Vorbedingung eines dicroten Pulses, die kräftige, kurze Systole, bei den Wöchnerinnen fehle, so treffe man bei denselben auch selten den Dicrotismus an. (? R.)

Den doppelschlägigen 2. Herzton bei Wöchnerinnen erklärt sich Verfasser am einfachsten durch den ungleichzeitigen Schluss der beiden Semilunarostien. Letztere Erscheinung sei wieder auf die nach der Entbindung eintretende und durch dieselbe bedingte Veränderung der Blutcirculation zurückzuführen. Es entstehe nämlich eine Druckverminderung in der Pulmonalis, dagegen eine Drucksteigerung im arteriellen Gefässsysteme, und so komme es, wie auch Geigel bei Klappenfehlern beobachtet hat, dass in Folge des Spannungsunterschiedes die beiden Semilunarklappen nicht gleichzeitig schliessen. Roth.

39. Zur Behandlung der tiefen Atheromcysten des Halses. Von Prof. Dr. Esmarch. (Arch. f. klin. Chirurgie XIX. B. 2. H.)

Nach einem am 4. Sitzungstage des IV. Congresses der Deutsch. Gesellsch. für Chirurgie in Berlin gehaltenen Vortrage spricht sich E.

Digitized by Google

nach einer Erfahrung von etwa ein Dutzend Fällen für folgende Behandlung der tiefen Atheromcysten des Halses aus: Mit einem feinen Trocart wird der Inhalt der Cyste entleert, hierauf die Höhle wiederholt mit 1% Carbolsäurelösung ausgespült, um die zusammengeballten, bröcklichen Epidermismassen so viel als möglich zu entfernen. Dies wird so lange fortgesetzt, bis die eingespritzte Flüssigkeit ganz klar abfliesst. Nun werden circa 10—20 Gramm einer Lugol'schen Lösung (Jod und Jodkalium aa 1,25 auf 30,0 Wasser) in die ausgespülte Cyste injicirt und durch leichtes Streichen die ganze Wand mit der Jodlösung in Berührung gebracht. Nach einigen Minuten wird die Flüssigkeit herausgelassen. Nach der Operation füllt sich die Cyste anfangs wieder (wie eine Hydrocele) und zeigt etwas entzündliche Schwellung. Nach 6—8 Wochen ist die Schrumpfung der Cyste gewöhnlich vollständig erfolgt. Wenn nicht, so wiederholt E. die Operation in derselben Weise, worauf ausnahmslos eine andauernde, definitive Heilung erzielt wurde. Gegen die Exstirpation derartiger Cysten macht E. geltend, dass dieselbe keineswegs gefahrlos sei, namentlich wegen des häufigen Zusammenhanges dieser Cysten mit der Scheide der Vena jugul. interna, und immer eine bedeutende Narbe zurücklasse. Vier Abbildungen illustriren den Vortrag. Winiwarter.

40. Extraction eines grossen Taschenmessers aus dem Oesophagus mittelst Oesophagotomie, Tod in Folge acuter Erweichung ausgedehnter chronischer infiltrirter Lungentuberkeln. Von Dr. Carl Gussenbauer. (Deutsche Medic. Wochenschrift 1876, Nr. 2.)

Verf. berichtet in gründlicher Weise über eine in der Klinik des Prof. Billroth ausgeführte Oesophagotomie bei einem 34jährigen Manne, der beim Reinigen seiner Zunge ein grosses Messer verschluckt hatte. Nachdem in Krakau fruchtlose Extractionsversuche vorgenommen, und von Prof. Bryk die Pharyngotomia subhyoidea begonnen, aber wegen der voraussichtlichen Erfolglosigkeit unterbrochen wurde, reiste der Kranke sofort nach Wien, wo Herr Prof. Billroth sogleich den Speiseröhrenschnitt lege artis ausführte. — Erst nach Verlängerung des Schnittes nach abwärts konnte das Messer extrahirt werden; die Klinge bildete mit dem Hefte einen rechten Winkel, erstere war nach unten und rechts, letztere nach oben und links gelagert.

Das Heft mass 7 Ctm., die Klinge 6 Ctm. Obgleich die Wundverhältnisse zu Anfang ungünstig waren (infiltrirte Wundränder, massenhafte Abstossung nekrotisch gewordener Fascien etc.), so hatten dieselben dennoch nicht das Leben des Pat. bedroht, zumal bei weiterer sorgfältiger Nachbehandlung von Seite des Verf. die Wunde sich vollständig gereinigt hatte und granulirte.

Allein ein bereits vor Beginn der Operation bestandener Husten deutete auf Spitzeninfiltration hin, die sich von Tag zu Tag immer deutlicher durch Percussion, Auscultation und Expectoration massenhafter,

Digitized by Google

eiteriger Sputa kundgab und der der Patient auch nach mehreren Tagen erlag.

Bei der Section wurde die Diagnose auf Lungentuberculose in gleicher Weise bestätigt, wie die Thatsache, dass die Wundverhältnisse immer noch relativ sehr günstig geblieben waren. Wölfler.

41. Sehnennaht unter Esmarch'scher Compression. Von Dr. Pilate [Orleans]. (Gaz. medic. de Paris 1876, Nr. 7.)

Der Patient, bei welchem die Sehnennaht in Anwendung gezogen wurde, war mit dem Handgelenke auf eine zerbrochene Flasche aufgefallen und hatte sich eine Wunde an der Innenfläche des Unterarms, in der Gegend des Radiocarpalgelenks zugezogen, die die Arteria radialis zwar unverletzt liess, aber die Sehnen des langen Beugers des Daumens, sowie die des palmaris longus und die Sehnenbündel des langen oberflächlichen Fingerbeugers durchschnitt. Beim Drucke auf die Gegend des Handgelenkes zeigt sich in der Wunde eine synoviaartige Flüssigkeit. Nachdem die Hand nach Esmarch blutleer gemacht, wird die Naht an der Sehne des langen Beugers des Daumens vorgenommen. Um die Enden der durchschnittenen Sehne miteinander in Contact zu bringen, wird der Daumen ad maximum gebeugt und ebenso das Handgelenk leicht flectirt. Die Enden der Sehne sind nämlich auf 3 Ctm. von einander entfernt, da ein Theil der Sehne sich gangränös abgestossen hatte.

Die Naht wird mittelst Metallfäden vorgenommen. Es werden zwei Metallfäden angelegt, welche die Sehne beiläufig $^1/_2$ Ctm. von der Schnittfläche durchbohren, um nicht durchzuschneiden. Die zu einer Faust geformte und im Handgelenke leicht gebeugte Hand wird in dieser Stellung bis zur Heilung erhalten, indem sie mittelst Bindentouren an eine Schiene befestigt wird. Um eine Eitersenkung in die Sehnenscheiden sowie in das intermusculare Zellgewebe zu vermeiden, werden ober- und unterhalb der Wunde Heftpflasterstreifen rings um den Arm herumgeführt und leicht angezogen. Sechs Tage nach der Operation haben die Metallfäden durchgeschnitten und es zeigen sich auch die oberflächlichen Schichten der Sehne gangränös. Diese gangränösen Theile werden entfernt, darunter sind die Enden der Sehne fest miteinander verklebt. Die Heilung schreitet jetzt rasch vorwärts und nach 14 Tagen wird die forcirte Beugung des Daumens und der übrigen Finger ausgesetzt. Nach 8 Monaten ist Patient wieder im Stande, seinen Daumen und zwar auch die zweiten Phalangen selbstständig zu beugen, nur werden die Bewegungen in geringeren Excursionen und mit geringerer Kraft ausgeführt. Winiwarter.

Digitized by Google

Kleine Mittheilungen.

42. Ueber Körpermasse. Von Dr. A. Krug in Chemnitz. (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 29, 1876. Refer. d. „Feldarzt" Nr. 17, 1876.)

K. hat an 3000 Männern Körpermessungen vorgenommen und veröffentlicht in obiger Arbeit die Resultate derselben. Zunächst wurde die Körperlänge festgestellt, dann die Entfernung beider Acromien vorne über dem Hals notirt, ferner der Brustumfang nach der Exspiration, sowie auf der Höhe der Inspiration und die sich hiebei ergebende Differenz, und endlich der Umfang des Leibes quer über den Nabel gemessen. Messungen des Halsumfanges hat K. ebenfalls vorgenommen, doch sind seine Daten hierüber noch nicht zahlreich genug, um verwerthet werden zu können.

Die definitiven Mittelzahlen, die K. berechnete, sind folgende:

Alter 31·89 Jahre, Grösse 166·27 Ctm., Schulterbreite 42·78 Ctm., Thoraxumfang bei Exspiration 82·29 Ctm., bei Inspiration 90·75 Ctm., Differenz 8·96 Ctm.

Die Untersuchten standen im Alter von 16—57 Jahren, die Durchschnittszahl ergibt ein Alter von nahezu 32 Jahren, also das Alter voller Manneskraft. Was das Normalmass des Leibesumfanges betrifft, so hat Verf. darüber nur 1800 Messungen vorgenommen und dabei als Durchschnittsziffer 79·17 Ctm. erhalten.

Hermann Hertzka.

43. Sublimat als Heilmittel bei Blen. urethr. (Centralbl. f. d. medic. Wiss. Nr. 27, 1876.)

Dr. Leopold Bruck in Budapest wendet gegen Tripper Sublimat an, verabreicht dieses Mittel schon im hyperämischen Stadium und behauptet, dass er jeden Tripper ohne Complicationen in 6 Wochen heile. Der Ausfluss ist in den ersten 10 Tagen auffallend profus, von da ab immer schwächer und seröser; das Brennen in der Harnröhre erträglich, die Chorda mässig. Während der Behandlung ist der Genuss der Spirituosen, des Kaffee und der stark gewürzten Speisen zu meiden. Purgantien sind auszuschliessen, weil unnöthig während des Sublimatgebrauches. Das Mittel verursacht manchmal Krämpfe im Darm und Magen, dann muss mit demselben ausgesetzt werden. Bei Herz- und Lungenkranken ist es nicht verwendbar. Dosis: die ersten 10 Tage 1 Ctgr. pro die, in den folgenden 5 Tagen 2 Ctgr. pro die u. s. w.

Emanuel Kohn.

44. Ménière'sche Krankheit mit Chinin behandelt. Von Charcot. (Progres medic. 1875, Centralbl. 1876, 24, Referat von Bernhardt.)

Eine von dieser Krankheit (andauerndes Schwindelgefühl, Anfälle von Pfeifen im Ohre mit dem Gefühle, nach vorn oder hinten geschleudert zu werden, Uebelkeit, Erbrechen) befallene Frau bekam von Ch. durch 6—7 Wochen $^1/_2$—1 Gramm Chinin pro die und wurde dadurch (wie auch noch eine zweite ähnlich erkrankte Person) geheilt. Die Kr. konnten darnach mit sicherem Schritte allein herumgehen; die Taubheit war weder gebessert noch verschlechtert worden.

Bettelheim.

45. Bemerkungen über die Contagiosität des Pemphigus acutus neonatorum. Von Dr. Abegg [Danzig]. (Jahrb. f. Kinderkh., 9. Bd., 4. H.)

Dr. Abegg hält Bohn gegenüber die Deutung der von ihm in Danzig beobachteten Pemphigusfälle als contagiöser Natur aufrecht. Die normale physiologische Desquamation, zu heisses Baden kommen für die Danziger Anstalt nicht in Betracht; überdiess verweist Dr. Abegg darauf, dass diese Epidemie

Digitized by Google

4 Tage nach der Geburt eines Kindes, das unverkennbar den Pemphigus schon in utero durchgemacht hatte, bei den Zimmergenossen dieses letzteren ausgebrochen sei.

Eisenschitz.

46. Morphinvergiftung. Mitgetheilt von Dr. A. P. Hull. (Philadelphia Medical Times. September 1876.)

Ein sechswöchentliches Kind hatte durch Versehen Morgens $^1/_2$ Gran Morph. sulfur. bekommen. H. fand dasselbe Mittags 1 Uhr stertorös athmend, Pupillen contrahirt, mit langsamem Puls, das Gesicht dunkel gefärbt, gegen äussere Eingriffe fast gefühllos. Es war zu spät, den Magen zu entleeren, und H. gab Senfumschläge auf das Kreuz und die Füsse, und grosse Dosen Atropin innerlich. Um 6 Uhr Nachmittags war noch keine Veränderung. Um Mitternacht war der Zustand des Pat. viel besser, das Athmen ruhig und regelmässig, die Pupillen erweitert, das Kind gegen äussere Eindrücke empfindlich; es schrie um 2 Uhr und trank Milch, nach und nach wurde es munterer und nach einigen Tagen war es ganz wohl. H. empfiehlt das Atropin als gutes Gegenmittel gegen Vergiftungen mit Opiaten.

Herm. Hertzka.

47. Notiz über die Anwendung des Bromkalium bei kleinen Kindern. Von Prof. Dr. Edlefsen [Kiel]. (Deutsche Zeitschr. f. prakt. Medicin, Nr. 38.)

Prof. Edlefsen gibt $^1/_2$jährigen kräftigen Kindern 3—4 Mal täglich, oder 1—2 Mal Abends 0·5 Bromkalium, schwächeren oder jüngeren Kindern 0·25 pro dosi, älteren 0·75 mehrere Mal täglich.

Die Anzeigen für das Medicament sind dieselben wie bei Erwachsenen, namentlich beruhigend wirkt es bei Convulsionen, als Schlafmittel bei kleinen Kindern, wenn warme Bäder nicht mehr den gewünschten Effect hervorbringen und endlich beim nächtlichen Aufschrecken (Caspary), wenn es vor dem Schlafengehen verabreicht wird.

Eisenschitz.

48. Radicale Vertilgung der Hundswuth. Von Dr. Josef Valente. (Allgem. militärärztl. Zeitschr. 1875, Nr. 50.)

V. nimmt an, dass die Hundswuth nur Folge nicht befriedigten Geschlechtstriebes sei und schlägt daher vor, alle „in das Privateigenthum der Staatsangehörigen" übergehenden Hunde in „Staats-Hunde-Depots" zu kastriren, in welchen überdies die Erhaltung und Veredelung des Hundegeschlechtes zu geschehen hätte und von denen aus die etwaige Einschmuggelung potenter Hunde überwacht werden müsste; die „Ortsbehörde" müsste das Eindringen „Unberufener" mit „drakonischer Strenge" verhindern. Von der Durchführbarkeit dieser Vorschläge scheint V. selbst nicht viel zu halten, da er sie „auf die Gefahr hin, die Lachlust des lesenden Publikums zu reizen", gemacht hat.

Bettelheim.

49. Enchondrom des Nebenhodens. Von Dr. Krzykowski. (Preglad Uharski, 1875, Nr. 43, Ref. d. Viertelj. f. Dermat. u. Syph. 1876.)

A. H., 45 J. alt, seit 5 Jahren kinderlos, am 10. Mai 1875 in's Krankenhaus aufgenommen. Pat. gibt an, dass er nie an einer Krankheit der Geschlechtstheile litt, die Vergrösserung des linken Hodens bemerkte er erst vor 3 Jahren. Der linke Hoden bildete eine wenig schmerzhafte Geschwulst, die bis zum Kniegelenke reichte. Die Länge des Tumors betrug 36 Ctm., der grösste Umfang 54 Ctm. Die Oberfläche war uneben höckerig, die Consistenz hart und elastisch, am unteren Theile der Geschwulst war eine undeutliche Fluctuation zu fühlen. Die Haut verschiebbar, der rechte Hode normal. Die Geschwulst wurde exstirpirt, wog $7^1/_2$ Pfund. Sie stellte sich als ein Enchondrom heraus. Am 4. Juli Heilung.

Emanuel Kohn.

Digitized by Google

50. Die Tastorgane in Vogelzungen. Von G. Asper. (Centralbl. f. d. med. W. 1876, S. 145.)

Verf. unternahm es, die von Merkel an der Entenzunge und der Wachshaut des Entenschnabels gemachten Befunde zu constatiren. Es glückte ihm vor Allem, die Zwillings-Tastzellen als zwei aneinander gelagerte, von einer bindegewebigen Kapsel umschlossene Gebilde zu sehen, von denen die meisten runde, bläschenförmige Kerne mit je einem Kernkörperchen zeigten.

Die einfachen Tastkörperchen hatten eine Länge von 0,0385 Mm. und eine Breite von 0,0350 Mm. Die Länge der Zwillings-Tastzellen variirte zwischen 0,0665 und 0,0350 Mm., ihre Breite zwischen 0,0420 und 0,0245 Mm. Lassar.

51. Eine neue Methode der Präparation der Haut für die histologische Untersuchung. Von Dr. Stirling. (The Journ. of Anat. and Thep. 1875; Referat d. Arch. f. Dermatol. u. Syph. 1876.)

Stirling macht histologische Hautpräparate durch künstliche Verdauung des Gewebes. Die Präparationsflüssigkeit besteht aus: Salzsäure (1 Cubikcentimeter) in 500 Cub.-C. Wasser von 38° C. gelöst und 1 Gramm Pepsin. Die Mischung ist 3 Stunden in der Temperatur von 38° zu erhalten und dann umzuschütteln. Das Hautstück wird dann über die Oeffnung eines Glasgefässes gebunden und 2—8 Stunden digerirt. Hierauf legt man das Präparat 24 Stunden lang in Wasser. Die Bindegewebsfasern schwellen und werden durchsichtig, kleine Blutgefässe und Nerven werden deutlich sichtbar.

52. Eine neue Reaction der markhaltigen Nervenfasern. Von Dr. Th. Treitel. (Centralbl. f. d. m. W. 1876, S. 147.)

Fuchsin, Anilinblau und Jodviolett tingiren die markhaltige Nervensubstanz sehr intensiv, die degenerirten Nerven viel schwächer, die Bindegewebe gar nicht. Diese Methode besitzt neben dem Vorzug der Schnellfärbung auch den, bei Präparaten anwendbar zu sein, welche längere Zeit in Müller'scher Flüssigkeit aufbewahrt sind. Lassar.

53. Eine linksdrehende Substanz im normalen Harn. Von Dr. H. Haas. (Centralbl. f. d. m. W. 1876, S. 149.)

H. fand, dass fast jeder saure, eiweiss- und zuckerfreie Menschen-Harn constant linksdrehend sei. Die Drehung ist so gering, dass sie mit dem Ventze-Soleil'schen Apparat der Wahrnehmung entgeht, mit dem Wild'schen Polarisstrobometer im 1 Decim. langen Rohr —3′ bis —10′ betrug. Nachtharn dreht weniger stark als Nachmittagsharn.

Die Substanz zeigt ihre drehenden Eigenschaften bei jeder Reaction und ist nicht flüchtig, denn das Destillat ist optisch inactiv und die Stärke der Drehung nimmt mit der Concentration zu. Lassar.

Digitized by Google

Auszüge aus grösseren medicinischen Werken.

54. Krankheiten der peripheren cerebrospinalen Nerven. Von Prof. W. Erb. (12. Band des Handb. der speciell. Pathol. und Therap., herausgegeben von Prof. Ziemssen. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel, 1874. Siehe „Rundschau" 1875.)

Neuralgia pudendo-haemorrhoidalis (und Neuralgien der äusseren Genitalien überhaupt).

Diese Form ist eben so selten als sie ungenügend erforscht ist. Es betheiligen sich an der Innervation dieser Theile, abgesehen vom Sympathicus und anderweitigen inconstanten sensiblen Fasern: Die Nn. ileo-inguinalis und spermaticus extern. (Mons veneris); N. spermat. extern. N. scrotales poster. (e Pudendo-haemorrhoid.), N. pudend. long. infer. (e Cutaneo femor. poster.) (Scrotum, Labia majora); N. dorsalis penis et clitor. (e Pudendo-haemorrh.), Plexus cavernos. sympathici (Penis und clitoris); N. dorsal. pen. und Scrotal. poster. (Urethra); Plex. deferential. und spermatic. des Sympathic. (Samenstrang und Hoden); N. hämorrhoid. extr., N. perineus (Perineum, Aftergegend). — Es können demnach die äusseren Genitalien bei der Lumbo-Abdominalneuralgie, bei der Ischias und bei der Neur. des N. Pudendo-haemorrhoidalis mit betheiligt sein. Für folgende, isolirt vorkommende Genital-Neuralgien finden sich Angaben in der Literatur: Neuralgia penis et glandis penis mit dem Sitze in der Eichel und längs des Gliedes bis zur Wurzel; die Schmerzen können sehr heftig sein, meist sind sie periodisch, lancinirend oder brennend, nehmen häufig bei der Urinentleerung und beim Coitus zu, sind manchesmal von Priapismus und frequenten Ejaculationen begleitet und manchesmal vorwiegend einseitig. Neuralgia scrotalis (labialis), meist Theilerscheinung der Lumbo-Abdominalneuralgie, Scrotum (oder Labium majus) dabei hochgradig empfindlich gegen Berührung. Neuralg. urethralis: Glühender, brennender Schmerz in der Urethra, besonders beim tropfenweisen Abgange des Harnes; hochgradige Schmerzhaftigkeit beim Catheterismus, manchesmal im Beginne der Tabes, auch durch krankhafte Beschaffenheit des Harnes oder durch Erkältung bedingt. Neuralgia spermatica: Heftiger, intermittirender Schmerz im Hoden und Nebenhoden, Ausstrahlen längs des Samenstranges, oft bis zur Lende. Hochgradige Druckempfindlichkeit, häufig periodische Anschwellung der Hoden. Da der Hoden seine Nerven vom Sympathicus bekommt, so wird die Neuralgie als sympathische aufgefasst. Dardel und Mitchel (1873) haben noch eine Neur. ano-vesicalis mit Hyperästhesie oder Anästhesie in der Perinealhaut, mit Krampf des Sphincter ani, Blasenkrampf und erschwerter Harnentleerung beschrieben. Die Therapie der schwereren Formen ist oft resultatlos: Narcotica, am besten hypodermatisch, Arsenik,

Digitized by Google

Chinin, Kali bromatum, ol. terebinth. wurden versucht; hie und da ist man bei der Neur. spermatica selbst bis zur Castration geschritten.

Neuralgie des Plexus coccygeus. Coccygodynie.

Das Hauptsymptom ist Schmerz in der Gegend des Steissbeines beim Stehen und Gehen, zuweilen auch beim Uriniren und Stuhlgange. Dauert oft viele Jahre und kommt fast nur bei Frauen vor, nach schweren Geburten, Fall auf das Steissbein, Erkältungen, manchmal auch anscheinend spontan. Meist lässt die antineuralgische Behandlung (Faradisation) in Stich und ist nur durch operative Trennung des Steissbeines von allen mit ihm in Verbindung stehenden fibrösen und musculösen Fasern, eventuell durch Exstirpation des Steissbeines Hilfe zu erwarten.

Neuralgie der Gelenke. Hysterisches Gelenkleiden. Gelenkneurosen.

Brodie (1822) erkannte zuerst die neuralgische Natur gewisser schmerzhafter, ohne alle organische Veränderung verlaufender Gelenksleiden, welche vorwiegend in Begleitung hysterischer Erscheinungen auftreten. Trotz aller Analogien mit Neuralgien fehlt doch das für die übrigen Neuralgien so charakteristische Symptom des Beschränktseins auf einzelne bestimmte Nervenbahnen, da die meisten Gelenke von verschiedenen Nerven innervirt werden (das Hüftgelenk vom Cruralis, Obturatorius und Ischiadicus, das Kniegelenk vom Curralis, Obturatorius, Peroneus und Tibialis). Eine Verkennung der neuralgischen Natur des Leidens kann für die Kranken therapeutisch von den betrübendsten Folgen sein.

Aetiologie. Wenn auch vorwiegend hysterische junge Damen der höheren Gesellschaftsclassen von diesem Leiden befallen werden, so kommen doch auch Fälle der Art bei ganz gesunden, robusten Individuen, Dienstmädchen u. s. w., gelegentlich auch bei Männern vor. Gelegenheitsursachen sind: Mechanische, traumatische Einwirkungen auf die Gelenke, besonders bei inconsequenter, schwankender, entkräftender Behandlung, heftige Gemüthsbewegungen, die Sorge um Angehörige mit schweren Gelenkleiden, Erkältung, Reizungen des Unterleibs, besonders der Harn- und Geschlechtsorgane; manchmal treten sie nach acuten Krankheiten oder (Berger) als Theilerscheinungen der Tabes, der Hemiplegie u. dgl. auf.

Symptome. Meist ohne Vorläufer, aber auch von leisen Anfängen zu immer höheren Graden sich entwickelnd, ist das Hauptsymptom ein mehr minder lebhafter ziehender, reissender, stechender Schmerz, der sich nicht immer auf das befallene Gelenk beschränkt, sondern nach verschiedenen Richtungen hin ausstrahlt: so bei Hüftgelenksneuralgie bis zum Knie. Der Schmerz macht meist deutliche Exacerbationen und (meist morgendliche) Remissionen, stört ganz im Gegensatz zum Schmerz bei Gelenksentzündungen gewöhnlich den Schlaf nicht, Ablenkung der Aufmerksamkeit, Herumgehen kann den Schmerz vermindern, während der menses ist er meist stärker, in einzelnen Fällen aber gerade dann verschwindend. Objectiv lässt sich weder Schwellung, noch Hitze des Gelenkes oder Verkürzung

Digitized by Google

des Gliedes nachweisen. Das Gelenk ist aber äusserst empfindlich bei Druck und Berührung, namentlich an einzelnen bestimmten Stellen, den Schmerzpunkten: am Hüftgelenk zwischen Trochanter major und Sitzknorren, neben der Spina il. anterior superior, am Kniegelenke am inneren Rande der Patella auf dem Condyl. intern., in der Kniekehle über dem capitul. fibulae, am Fussgelenke hinter dem äusseren und inneren Knöchel, am Schultergelenke am plex. brach. ober und unter dem Schlüsselbeine und in der Achselhöhle; am Ellbogengelenke condyl. extern. und capitul. radial., am Handgelenke proc. styloid. ulnae; an den Wirbelgelenken die Dornfortsätze. Ausserdem besteht aber noch eine diffuse Hyperalgesie der Haut über den Gelenken, so dass leise Berührung der Haut oder die Erhebung einer Hautfalte meist viel schmerzhafter empfunden wird, als tiefer Druck auf das Gelenk selbst und auch das Gegeneinanderdrängen der Gelenkenden meist weniger schmerzhaft ist. Auch Anästhesie und Parästhesien der Haut um die Gelenke wurden beobachtet. Von motorischen Begleiterscheinungen kommen verschiedene Krampfzustände, falsche Stellungen der Glieder in Folge längerer Contracturen vor. Von vasomotorischen Störungen ist namentlich zu erwähnen der rasche und nicht selten regelmässige Wechsel zwischen Gefässfülle, Röthe, Hitze und Gefässleere, Blässe und Kälte der Gelenksgegend. Auch zu erheblicher Turgescenz, teigiger Anschwellung und grossen Quaddeln über den Gelenken kann es kommen. Von trophischen Störungen kommt Abmagerung der betreffenden Extremität, der das Gelenk bewegenden Muskeln vor. Die Functionsstörungen der betreffenden Gelenke (Unbeweglichkeit und Schwäche derselben; Vermeiden jedweder Bewegung damit; Steifhalten des Gliedes und zwar meist in der Extensionsstellung zum Unterschied von Entzündungen, oft auch Unmöglichkeit passiver Bewegungen ausser in der Chloroformnarkose) sind immer besonders auffallend.

Am häufigsten wird das Kniegelenk von Neuralgie befallen, demnächst das Hüftgelenk, nicht selten Hand-, Fuss- und Schultergelenk, ja auch die kleinen Phalangeal- und Metacarpalgelenke können befallen werden, wobei heftige Schmerzen längs der Digitalnerven vorhanden sind.

Der Verlauf spottet, besonders bei Hysterischen, oft jeder Berechnung; die verschiedensten äusseren Einflüsse (Theilnahme an einem Ball z. B. u. dgl., Auftreten eines anderen Schmerzes) können die grössten Schwankungen und auch das plötzliche Aufhören der Krankheit bewirken. Es kommt aber auch vor, dass die Kranken zu jahrelangem Bettliegen verurtheilt sind, dass sich Contracturen, Lähmungen, frühzeitiger Marasmus, hinzugesellen. Bei sonst gesundem Nervensystem tritt nach mehr minder langer Dauer meist allmälig Heilung ein.

Die Differential-Diagnose (zwischen diesem Leiden und den frühesten Stadien entzündlicher oder cariöser Zustände) ist häufig fast unmöglich, können sich ja sogar die neuralgischen Symptome aus notorisch

Digitized by Google

entzündlichen Zuständen heraus entwickelt haben. Für die Diagnose zu meist entscheidend ist nach Esmarch das auffallende Missverhältniss zwischen der Heftigkeit und Dauer des Leidens und der Geringfügigkeit der örtlichen Veränderungen. Für Neuralgie spricht: das paroxysmenweise Auftreten des Schmerzes, die meist vorhandene Ruhe in der Nacht und bei Ablenkung der Aufmerksamkeit, das nicht Zunehmen des Schmerzes beim Zusammenstossen der Gelenkenden, das Vorhandensein von Schmerzpunkten, Hauthyperästhesie, vasomotorischen Erscheinungen; wenn Ruhe, immobilisirende Verbände, Blutentziehungen eher schaden als nützen. Für Gelenksentzündung spricht deutliche bleibende Schwellung, Schmerz bei Druck auf die Gelenkenden, Fixation in Beugestellung, Fieber, günstiger Einfluss der Kälte, Gipsverbände, Blutentziehungen etc. In vielen Fällen wird das Verhalten in der Chloroformnarkose mit Aufschluss geben können.

Die Prognose ist günstig bei jugendlichen, robusten, nicht nervösen Individuen, zweifelhaft bei ausgesprochener Nervosität und Hysterie, um so ungünstiger, je schwerer die Hysterie zu beeinflussen ist.

Die Therapie wird zumeist das Allgemeinbefinden berücksichtigen müssen, also wird man eine allgemein tonisirende Behandlung einleiten und speciell gegen die Hysterie einschreiten müssen: Eisen, Chinin, Luftcuren, Kaltwassercuren, Stahl-, Sool- und Seebäder, Zerstreuung, Reisen, besonders Entfernung vom Hause aus irritirenden Verhältnissen. Daneben sind etwa zu Grunde liegende Organleiden (Genitalerkrankungen, Dyspepsien, Constipation etc.) speciell zu behandeln. Dass die Antiphlogistica, absolute Ruhe des Gelenkes etc. eher schaden als nützen, wurde schon angeführt. Dagegen passt eine psychische Behandlung, welche darauf ausgehen muss, die Kr. von der Bedeutungslosigkeit ihres Leidens zu überzeugen. Die locale Behandlung sei möglichst negativ, bestehe vor allem in Wiederaufnahme des Gebrauches des Gliedes, zuerst passive, dann active, wenn auch anfangs schmerzhafte Bewegung des Gelenkes. Hieher rechnet E. auch den Werth des energischen Massirens. Sehr günstig wirken gewöhlich kalte Begiessungen, Abreibungen, Douchen; permanente Einwirkung der Kälte schade eher. Bei nervöser Coxalgie empfiehlt sich nach Wernher die permanente Extension. Bei sonst gesunden Individuen die gewöhnliche Behandlung der Neuralgien (subcutane Morphin-Injectionen, Vesicantia, Elektricität, u. zw. faradischer Pinsel oder starke galvanische oder faradische Ströme quer durch das Gelenk mit Berücksichtigung der Hauptnervenstämme etc.)

Anästhesie.

Unter Anästhesie versteht man Verminderung oder völlige Aufhebung der durch die sensorischen Nerven zum Bewusstsein gebrachten Einwirkungen und unterscheidet daher cutane, musculäre, viscerale und sensuale Anästhesien.

Digitized by Google

Die cutanen sind die wichtigsten und kommen ungemein häufig theils selbstständig, theils als Theilerscheinung von Krankheiten des Nervensystems vor, sie sind meist nur Gefühlsparesen, selten Gefühlsparalysen.

An Stelle der ausfallenden, durch die Haut vermittelten Sensationen kommt es oft zu gewissen Parästhesien (Taubsein, Pelzigsein, Kriebeln, Eingeschlafensein, Formication etc.), beruhend entweder auf Abstumpfung und Verminderung der normalen Sensationen und dann nur auftretend, wenn solche Sensationen durch äussere Reize entstehen sollen, oder auf neuentstandenen, pathologischen Empfindungen (wirkliche Parästhesien). Die von der Haut vermittelten Qualitäten der Empfindung zerfallen in 2 grosse Gruppen: Tastempfindungen (Druck- und Temperaturempfindungen), Gemeingefühle (Schmerz, Jucken, Kitzel, Wollust, elektrische Empfindung etc.) Unter Druckempfindungen versteht man sowohl die durch einfache Berührungen der Haut (Druckminima) als auch die durch Berührung verschiedenartiger Körper hervorgerufenen qualitativ verschiedenen Empfindungen und auch die durch verschiedene Druckgrössen hervorgerufenen, abschätzbaren eigentlichen Druckempfindungen. E. hält es für zweckmässig, von den wirklichen Druckempfindungen, die sich auf die Grösse und Differenz des einwirkenden Druckes beziehen, jene Empfindungsqualitäten zu trennen, welche durch leise Berührung entstehen, durch Streichen, Berührung mit glatten oder rauhen, mit trockenen, feuchten, wolligen u. dgl. Körpern (eigentliche Tast- oder Berührungsgefühle, mittelst welchen man z. B. Goldstücke, Ringe etc. in Form und Qualität erkennt, ohne den durch sie hervorgebrachten Druck abzuschätzen). Ausserdem vermittelt aber die Haut auch noch die Kenntniss des Ortes, an welchem die äusseren Reize auf dieselbe eingewirkt haben (Ortssinn).

Demgemäss muss man in pathologischen Fällen sein Augenmerk auf alle die verschiedenen Empfindungsqualitäten (Tast- oder Berührungsgefühl, Drucksinn, Temperatursinn, Ortssinn — Schmerzgefühl, Kitzelgefühl, elektrische Empfindung) richten. Sind alle Empfindungsqualitäten gleichzeitig und gleichmässig erloschen, so spricht man von einer totalen Empfindungslähmung, sind — wie meist — nur einzelne Qualitäten vermindert oder erloschen, so spricht man von partieller Empfindungslähmung. Ebenso gibt es partielle Tastsinnlähmungen und partielle Gemeingefühlslähmungen und alle möglichen Combinationen dieser Zustände (isolirte Lähmung des Drucksinnes, des Temperatur- oder Ortssinnes; Lähmung zweier dieser Qualitäten bei gleichzeitiger oder fehlender Lähmung des Gemeingefühles). Unter den partiellen Gefühlslähmungen ist die häufigste Verlust der Schmerzempfindung (Analgesie) mit oder ohne partielle Tastsinnslähmung. Ferner unterscheidet man circumscripte (locale) und diffuse (allgemeine), complete oder incomplete, einseitige, doppelseitige, hemiplegische und paraplegische Empfindungslähmung. (Wird fortgesetzt.)

Digitized by Google

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

55. 49. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg. Prof. Dr. Quincke: Ueber die diuretische Wirkung kohlensäurehaltiger Getränke.

Die Versuche wurden an gesunden Individuen, die Speisen und Getränke täglich in gleicher Menge und zu denselben Zeiten genossen, des Morgens nach dem Erwachen angestellt, in der Weise, dass dasselbe Individuum an verschiedenen Tagen gleiche Mengen kohlensäurehaltigen und kohlensäurefreien Wassers genoss. — Die Mittel aus jeder Versuchsreihe ergaben, dass in den nächsten drei Stunden nach dem Trinken kohlensäurehaltigen Wassers die Harnausscheidung reichlicher ist (um 7—21 Percent der Gesammtmenge). Die Ursache dieser starken Diurese dürfte am wahrscheinlichsten in einer durch die Kohlensäure bewirkten Beschleunigung der Resorption liegen. Andere, in ähnlicher Weise angestellte Versuchsreihen, in denen die Individuen beim Erwachen kein Getränk genossen, ergaben, dass der in den Morgenstunden secernirte Urin heller und specifisch leichter war, als der (beim Erwachen entleerte) Nachturin. Auch die mittlere pro Stunde secernirte Menge (aus einer Reihe von Tagen berechnet) ist in den Morgenstunden gewöhnlich grösser, als in der Nacht. Diese Thatsachen zeigen, dass während des Schlafes die Harnsecretion relativ gering ist, um nach dem Erwachen merklich an Intensität zuzunehmen.

Prof. Dr. Landois (Greifswald): Ueber die cardiopneumatische Bewegung und die cardiopneumographische Curve. Die Volumsveränderung und Bewegung der Gase in den Luftwegen, welche durch die Bewegung des Herzens und der Gefässe hervorgerufen werden, lassen sich auf verschiedene Weise zur Demonstration bringen. Zunächst ist hierzu die manometrische Flamme durchaus geeignet, wenn man bei Thieren die geöffnete Luftröhre mit dem zur Gaslampe hinführenden Leitungsrohre in unmittelbare Verbindung bringt, am besten, nachdem die Thiere vorher curarisirt sind. Beim Menschen gelingt die analoge Uebertragung der Bewegung auf das Brenngas durch ein Nasenloch hindurch nach Verschluss des anderen und des Mundes oder durch die Mundöffnung. Hierbei muss die Glottis möglichst erweitert sein, während die Athembewegung sistirt wird. Auch durch acustische Mittel, nämlich durch Einfügung einer auf sehr leisen Luftzug ansprechenden Hohlkugelpfeife in den Respirationscanal ist die cardiopneumatische Bewegung leicht nachzuweisen. Bei allen Methoden aber empfiehlt es sich, die besagte Bewegung auf eine zarte Membran zu übertragen (in einem besonders hierzu verfertigten Instrumente); die Membran ist mit einem sehr leichten Schreibhebel versehen, welcher die Bewegung auf ein vorbeigeführtes Täfelchen überträgt. Während ein Werkzeug dieser Art bereits von Ceradini verfertigt wurde, sind Curven, die durch dasselbe verzeichnet sind, bis jetzt noch nicht zur Veröffentlichung gelangt. Redner legt eine Reihe cardiopneumographischer Curven vor. Ihre Interpretation lehrtFolgendes: 1) Im Momente des ersten Herztones erleiden die Athemgase eine brüske exspiratorische Bewegung, weil im ersten Momente der Systole der Kammer das Ventrikelblut den Thorax noch nicht verlassen hat, während venöses Blut durch die Hohlvenen in den rechten Vorhof einströme und weil im selben Momente die schwellenden Pulmonaläste die Bronchien, die sie begleiten, comprimiren. Die exspiratorische Bewegung würde noch stärker hervortreten, wenn nicht a) die Muskelcontraction der Ventrikel das Volumen der Ventrikelmuskel verkleinerte, b) der Herzstoss nach Aussen und Unten den Thoraxraum vergrösserte. — 2) Unmittelbar

Digitized by Google

hierauf folgt eine starke inspiratorische Bewegung der Athemgase, weil nach dem 1. Tone mehr arterielles Blut den Thorax verlässt, als venöses in denselben einfliesst. Diese inspiratorische Bewegung würde ebenfalls grösser ausfallen, wenn nicht gleichzeitig in der Mund- und Nasenhöhle durch die Füllung ihrer arteriellen Gefässe eine mit exspiratorischer Bewegung einhergehende Raumverkleinerung einträte. — 3) Isochron mit dem 2. Herzton staut das arterielle Blut beim Schlusse der Aortenklappe in den Thoraxraum zurück. Hierdurch entsteht abermalige exspiratorische Bewegung der Athemgase. — 4) Die sich hieran schliessende abermalige peripherische Fortbewegung des Blutes aus dem Thorax weg bewirkt sodann eine inspiratorische Gasbewegung. — 5) Endlich entsprechend der dicrotischen Welle im Aortensystem folgt eine abermalige Rückstauung mit abermaliger exspiratorischer Bewegung. Hieran schliesst sich der folgende Herzschlag.

Dr. J. Steiner (Halle): Ueber den N. vagus und seine Beziehung zur Pneumonie. Während die isolirte Durchschneidung der Lungenfasern des Vagus ebensowenig pathologische Veränderungen hervorruft, wie innerhalb der ersten zwei bis drei Tage die Durchschneidung der Recurrentes, tritt, wenn man die beiden Operationen in zwei durch einen Zeitraum von 24 Stunden getrennten Sitzungen ausführt, die volle Pneumonie ein, genau wie nach totaler doppelseitiger Vagusdurchschneidung — als Beweis dafür, dass, wenn auch ohne Fremdkörper die Pneumonie unmöglich ist, den Lungenfasern ebenso eine bestimmte Function zuzuschreiben ist. Dieser Einfluss der Pulmonalfasern kann gesucht werden: 1) in der geänderten Rhythmik der Athemzüge, wie sie stets nach Durchschneidung dieser Fasern auftritt, und 2) in trophischen Nerven, die im Vagus verlaufen würden. Reizt man nach Durchschneidung beider Vagi den centralen Stumpf des einen Nerven und erhöht dadurch die gesunkene Athemzahl auf ihre ursprüngliche Grösse, so tritt die Pneumonie nicht ein, wobei zu beachten ist, dass das Thier sich während der ganzen Zeit der Reizung in natürlicher Stellung zu befinden hat. Dieser Einfluss der Rhythmik auf die Erzeugung der Pneumonie besteht darin, dass nach Durchschneidung der Lungenfasern die Athemzüge abnehmen, sich dafür aber bedeutend vertiefen, so dass bei jeder Respiration ein bedeutender negativer Druck in den Lungen eintritt und damit gegeben ist die Möglichkeit einer Aspiration von allen den Körpern, die sich in der Mundhöhle befinden, so dass die Lungen in kurzer Zeit mit Mundflüssigkeit überschwemmt sind. Die Pneumonie nach doppelseitiger Vagusdurchschneidung ist demnach eine reine Fremdkörperpneumonie. Zur Illustration des Satzes, dass die Lungenfasern allein keine Erscheinung in den Lungen geben, und dass es ohne Fremdkörper zu keiner Pneumonie kommt, diene folgender Versuch: Hat man ein Kaninchen auf das Czermak'sche Brett aufgebunden, demselben beide Vagi durchschnitten und lässt man es in derselben Lage liegen, so hat man nach 24 Stunden nicht nur keine Pneumonie, sondern vollständig gesunde Lungen.

Prof. Dr. Aeby: Ueber Knochenwachsthum.

Redner untersuchte das Knochenwachsthum an Schliffserien verschiedenalteriger Knochen des Menschen und zahlreicher Wirbelthiere aller Classen. Die correspondirenden Stellen entnommenen Schliffe gestatten die unmittelbare Vergleichung einander entsprechender Knochenmassen auf verschiedenen Stufen der Entwickelung. Apposition und Resorption war dabei durch den leicht zu verfolgenden Wechsel der Architectur mit aller Sicherheit nachzuweisen. Ferner ergab sich, dass zwei ganz verschiedene Formen des Knochengewebes existiren, eine mehr homogene, in Lamellen gegliederte, mit reihenweise geordneten Zellen, und eine lamellenlose, grobfaserige, mit äusserst zahlreichen, dichtgedrängten, unregelmässig liegenden mächtigen Zellen. Beim Neugeborenen bildeten letztere die Hauptmasse des Knochens; erstere ist nur spärlich in der Umgebung der Gefässcanäle vorhan-

Digitized by Google

den. Mit zunehmendem Alter gewinnen sie an Ausdehnung. Das lamellenlose Gewebe wird mehr und mehr eingeschränkt und verliert sich schliesslich vollständig. Von gewissen, nach verschiedenen Thieren wechselnden Altersstufen an bildete sich an den meisten Stellen überhaupt nur noch das lamellirte Gewebe. Immerhin ist die Bildung des nicht lamellirten Gewebes nicht vollständig ausgeschlossen. Dasselbe tritt vielmehr an all' den Punkten auf, die sich durch besonders reges Wachsthum auszeichnen, wie namentlich die Muskelkanten und Muskellinien. Es unterliegt daher keinem Zweifel, dass die beiden Formen des Knochengewebes mit einer verschiedenen Energie des Knochenwachsthums in Verbindung zu bringen sind. (Allg. med. Central.-Ztg.)

56. Berliner medic. Gesellschaft. Sitzung vom 11. October 1876. E. Wiss: Therapeutische Mittheilungen.

„Ein altes, von mir in Nordamerika oft angewendetes Mittel der Vergessenheit zu entreissen und zu ausgedehnterer Anwendung zu empfehlen, ist der Zweck meines Vortrags; es ist der Peru-Balsam. Ich habe mit diesem Balsam alle Arten von Wunden, Schnittwunden, zerrissene Wunden, Wunden mit Substanzverlust und eiternde Wunden mit raschem Erfolg geheilt und folgende Beobachtungen dabei gemacht. Wenn der Balsam auf die Wunde gebracht wurde, erzeugte er ein augenblickliches Brennen, dann hörte aber jeder Schmerz, und zwar selbst bei den schlimmsten und schmerzhaftesten Wunden, auf. Es zeigte sich während der Behandlung damit bei frischen Wunden keine Entzündung und bei entzündeten liess dieselbe rasch nach. Es zeigte sich keine Eiterung; bei schon eiternden Wunden liess dieselbe bald nach. Es ist mir kein Fall vorgekommen, dass die Wunden, damit behandelt, eine septische Beschaffenheit angenommen hätten, auch nicht unter den ungünstigsten örtlichen und klimatischen Verhältnissen. In allen Fällen, auch bei den zerrissenen Wunden, zeigte sich eine Heilung per primam intentionem, wie sie mir von keiner anderen Behandlung bekannt ist. Es ist mir dafür namentlich ein Fall erinnerlich. In der Nacht zu einem jungen Manne gerufen, fand ich dessen Kopf von einem stumpfspitzigen Instrumente zerrissen, mit dem er in einem Streite verwundet worden war. In der Mitte oben am Schädel war die Galea aponeurotica blosgelegt und die Kopfhaut fast ganz in drei Lappen zerrissen. Nach Stillung der Blutung und Reinigung der Wunde goss ich Peru-Balsam in dieselbe und legte einen einfachen Verband mit einer Compresse an. Ich erstaunte nicht wenig, als ich die zerrissene Wunde schon den nächsten Tag bis auf die Mitte verheilt fand, und zwar ohne Eiterung; in ein paar Tagen war die Heilung vollständig. Ich muss gestehen, dass ich für einen solchen Vorgang von Resorption zerrissener Fasern und Verbindung getrennter Theile durch Wachsthum keine Erklärung fand. Voriges Jahr aber hatte ich hier Gelegenheit, den Vorgang in zwei offenen Wunden mit Substanzverlust wenigstens in seiner äusseren Erscheinung zu beobachten. Es war ein Knabe, dem am Mittel- und am Ringfinger der rechten Hand die ganzen Kuppen, sämmtliche Fleischtheile des letzten Gliedes durch ein herabfallendes, scharfes Brett abgerissen waren; nur am Ringfinger war oben am Nagel noch ein Fetzen Haut geblieben. Ich verband beide Wunden mit Peru-Balsam. Am zweiten Tage, als der Knabe wieder zu mir kam, fand ich an beiden Wunden die Lücken vollständig ausgefüllt, in runder Form, wie bei intacten Fingern, von einer sulzigen aber elastischen Masse; ich hielt es auf den ersten Anblick für Blutgerinnsel; es liess sich aber nicht wegwischen und zeigte sich als glatte, gleichmässsige Wucherung. Dies war am 9. August; ich liess die Behandlung fortsetzen und beobachtete am 14., 18. und 22. die Heilung und die Ueberhäutung vom Rande aus. Der Fetzen Haut am Ringfinger trocknete mumienartig ein und wurde dann abgeschnitten. Ausser einer glatten kleinen Narbe in der Mitte des Mittelfingers ist an den Fingern nicht zu sehen,

Digitized by Google

dass je eine solche Verwundung mit Substanzverlust stattgefunden hat, sie sehen vollständig intact aus. Aehnliche Beobachtungen habe ich dann bei anderen Verwundungen gemacht. Bei Panaritien in der Tiefe eiternd, die ich aufgeschnitten und dann mit Peru-Balsam behandelte, fand ich, dass die Eiterung bald nachliess, die entzündeten und angeschwollenen Glieder sich verdünnten und ihren normalen Umfang einnahmen, und die Heilung schneller erfolgte, als es sonst bei anderer Behandlung geschieht. Es scheint mir das besonders wichtig gegenüber dem Vorgang der Granulation; wo bei fortdauernder Eiterung und Entzündung die Neubildung durch unregelmässige Zellenhaufen stattzufinden scheint, wo die Wucherungen traubenförmig über die normale Oberfläche hinausschiessen und mit caustischen Mitteln beschränkt werden müssen, wo unregelmässige Verwachsungen und Narbenzusammenziehungen folgen, scheinen hier bei der Behandlung mit Peru-Balsam von den Gewebstheilen im Grunde der Wunde aus eine regelmässige, dem normalen Wachsthum ähnliche Proliferation und Zellenentwickelung stattzufinden, und alle die übeln Folgen fortdauernder Eiterung beseitigt zu werden. Zugleich bewährt sich hier der Balsam als werthvolles antiseptisches Mittel und zwar als einfaches, weil es ohne grossen Apparat in der Privatpraxis anwendbar ist. Die von mir beobachtete Eigenschaft des Peru-Balsams, den Eiterprocess zu hemmen, brachte es mir in Erinnerung, dass dies Mittel auch gegen innere Krankheiten und zwar gegen die früher sogenannte Schleimschwindsucht, den chronischen Lungenkatarrh, und zwar von Marcus empfohlen worden ist. In zwei Fällen bei älteren Frauen von ausgesprochenem chronischen Lungenkatarrh, wo die Auscultation und Percussion vollständige Intactheit des Lungengewebes anzeigte und ein eiterartiger reichlicher, gelblich grüner Auswurf stattfand, an dem beide Patientinnen schon Jahre lang gelitten und an dessen Heilung sie schon vollständig verzweifelt hatten, erlangte ich durch innerliche Behandlung mit Peru-Balsam in einer Emulsion mit Eigelb (4,0 : 120,0 zweistündlich 1 Esslöffel) in dem einen Falle innerhalb 11 Tagen, im anderen in drei Wochen vollständige Heilung, und wie ich mich später überzeugte, ohne Rückfall. Ich hatte vorher gegen die Anfälle von Dyspnoë Brechmittel angewandt; darauf den für solche hartnäckigen Fälle gerühmten Copaivabalsam, erreichte aber mit letzterem wohl eine bessere Qualität des Auswurfs, aber keine Minderung der Quantität der Secretion, oder vollständiges Aufhören des Hustens und Auswurfs, erst auf die innere Anwendung des Peru-Balsams erfolgte Nachlass aller Erscheinungen der Krankheit, des Hustens und des Auswurfs und vollständige Gesundheit." (Berl. klin. Woch.)

57. Verein deutscher Aerzte in Prag. Dr. Fischl: Zur praktischen Bedeutung der Mikroskopie bei Erkrankungen innerer Organe.

Von den Krankheiten der Niere ist es schon längst bekannt, dass wir bisweilen nur vom Mikroskop Aufschluss über das Vorhandensein der häufig so dunklen Leiden erwarten können, denn es gibt Fälle von bright. Niere, bei denen weder Albumen im Harn, noch Hydrops sich findet. Bei der Nierenschrumpfung wird die Mehrzahl der Kranken in dem ganzen langen Verlaufe nicht hydropisch, und kann Albuminurie selbst längere Zeit vermisst werden. Aber abgesehen von den Krankheiten des Nierenparenchyms gibt es auch noch andere Affectionen der Harnorgane, wo eine mikroskopische Untersuchung des Urinsedimentes sehr werthvolle Aufschlüsse in diagnost. und prognostischer Beziehung darbietet. Im vorigen Winter wurde F. zu einem Kranken gerufen, der sich seit einigen Tagen über Schmerzen in der Gegend des Colon descendens, ungefähr der Mitte desselben entsprechend, beklagte. Diese wurden beim Drucke in der genannten Region bedeutend gesteigert, es bestand überdies mehrtägige Stipsis, Meteorismus und häufiges Erbrechen. Nach Darreichung von Abführmitteln und Application von Klysmen traten fäcale Ent-

Digitized by Google

leerungen ein, die Erscheinungen liessen nach und Patient fühlte sich auffallend wohler. Aber schon nach einem freien Intervalle von etwa 12 bis 14 Stunden kamen die früheren Beschwerden wieder zum Vorscheine und zu ihnen gesellten sich nun auch die Symptome eines leichten Collaps hinzu. Obgleich der Urin makroskopisch durchaus nichts darbot, was zu einer Untersuchung desselben aufgefordert hätte, schritt F. dennoch zur Prüfung auf Albumen, war jedoch nicht im Stande dasselbe weder beim Kochen, noch mittelst Salpetersäure oder Glaubersalz nachzuweisen. Unter solchen Verhältnissen dachte er, dass man es mit irgend einer jener mannigfachen Formen von Impermeabilität des Darmcanales zu thun habe, und F. sprach sich demgemäss in Betreff der Prognose sehr zweifelhaft aus. Die Mikroskopie des mittlerweile gebildeten sehr spärlichen Urinsedimentes zeigte rothe und weisse Blutkörperchen, epitheliale und hyaline Cylinder, einzelne Epithelien des Nierenbeckens, so wie eine Unzahl von Harnsäurekrystallen. Ein solcher Befund zwang nun, die früher gestellte Diagnose aufzugeben, denn offenbar musste jetzt das Augenmerk auf die Niere und Concremente gerichtet werden. Es dauerte auch in der That nicht lange und es kamen diese sogar in mehreren Exemplaren zum Vorscheine, einige blieben in der Harnröhre stecken und konnten nur mit Mühe entfernt werden. Nach Abgang der vorwiegend aus Uraten bestehenden, etwa erbsengrossen Steine blieben die kolikartigen Schmerzen aus und die morphotischen Elemente verloren sich allmälig (im Verlaufe einiger Wochen) aus dem Urinsedimente. In diesem Falle war es nun einzig und allein die Mikroskopie, welche nicht nur frühzeitig die Diagnose stellen liess, sondern auch die in Betreff der Therapie so wichtigen Anhaltspunkte dargeboten hat, und es liegt wohl auf der Hand, dass ebenso in anderen analogen Fällen die Vornahme einer derartigen Untersuchung dem Praktiker so manche Verlegenheit zu ersparen vermag. Noch schwieriger wird es, Anhaltspunkte für die Diagnose einer bestehenden Pyelitis zu gewinnen, wenn diese ohne jede Algieen sich entwickelt, die der Pyelitis calculosa (sowie einigen seltener vorkommenden und nur schwierig zu deutenden Affectionen der Niere) angehören. Man muss es sich zur Regel machen, das Urinsediment bei Kranken, die die verschiedensten Symptomencomplexe darbieten, einer häufigen Untersuchung zu unterziehen. Ausser der katarrhalischen Form des Leidens und ausser der Pyelitis, die sich nach mannigfachen anderen Veranlassungen einstellt, gibt es noch eine wichtige Entzündung des Nierenbeckens, die in der Praxis nicht in genügender Weise beachtet wird. Im Verlaufe schwerer Typhen, acuter Exantheme und mannigfacher anderer Krankheitsprocesse lässt sich nämlich durch häufige Untersuchung des Urinsedimentes eine solche Diagnose bisweilen ohne Schwierigkeit stellen, obgleich in solchen Fällen von anderweitigen Erscheinungen, die auf ein derartiges Leiden hinweisen würden, gewöhnlich keine Spur zu bemerken ist. Die so bedeutungsvolle differentielle Diagnose zwischen Cystitis und Pyelitis sind wir gleichfalls nicht im Stande zu stellen, wofern wir nicht das Mikroskop zu Hilfe nehmen, da alle anderen hie und da angegebenen Merkmale, welche eine solche Unterscheidung ermöglichen sollen, durchaus nicht als massgebend betrachtet werden können. Hieher gehört z. B. die Polyurie, die einige Beobachter (Oppolzer, Rosenstein) als für Pyelitis charakteristisch ansehen; merkwürdiger Weise wird aber von Anderen auf dieses Symptom gar kein Gewicht gelegt, oder es wird im Gegentheil gerade Oligurie als sehr häufige und daher nicht unwichtige Erscheinung betont. Eben so wenig verlässlich ist die Reaction des Harns; denn wenn es auch in der That häufig vorkommt, dass bei Pyelitis der Harn sauer reagirt, so dürfen wir doch nicht daran vergessen, dass diese Affection nicht selten zu einer chronischen Cystitis hinzutritt und wo bei dieser letzteren zersetzter Harn entleert wird, da wird wohl auch die secundäre Pyelitis eine alkalische Reaction des Urines darbieten müssen. Dass übrigens auch bei der Cystitis mitunter, u. z. lange Zeit hindurch, eine saure Reaction nach-

Digitized by Google

gewiesen werden könne, wird vielfach von anderen Beobachtern bestätigt. (Niemeyer.) Die mikroskop. Untersuchung bietet uns hingegen sehr verlässliche Anhaltspunkte, die F. anführt, weil seine Erfahrungen in manchen Punkten von den anderweitigen diesbezüglichen Angaben sich unterscheiden. Er hat bei der Pyelitis rothe Blutkörper viel häufiger als bei der Cystitis auffinden können, vielleicht weil Concremente nicht nur als die häufigste Veranlassung der Nierenbeckenentzündung vorkommen, sondern auch (Klebs) als secundäre Bildungen an einen durch andere Ursachen herbeigeführten pyelit. Process sich anschliessen; vielleicht ist es auch (in anderen Fällen, namentlich den idiopathischen) die so mächtige Arteria renalis, die Nähe der Aorta, welche die Veranlassung geben, dass zu entzündlichen Veränderungen in diesem Organe sich gewöhnlich ein Austritt rother Blutkörper hinzugesellt.

F. hat sich in vielen Fällen, wo die Diagnose unzweifelhaft war, von einem derartigen Verhalten so häufig überzeugt, dass er keinen Anstand nahm, dieses Zeichen mit für die different. Diagnose zu verwerthen, u. z. gegenüber der Cystitis wo er rothe Blutkörper nur in den allerersten Stadien eines acuten Katarrhs finden konnte, oder bei secundären Blasenaffectionen, die durch Fremdkörper sowie Neubildungen hervorgerufen wurden. Aber gerade bei der idiopathischen Cystitis und Pyelitis, deren Differenzirung in der Praxis so wünschenswerth erscheint, legt F. auf dieses Moment Gewicht, denn es bilde das Vorkommen rother Blutkörper bei der Cystitis ebenso eine Ausnahme (? R.), wie es bei der Pyelitis zur Regel gehört. Eiterkörper sind bei der Entzündung der Blasenschleimhaut wie bei der des Nierenbeckens in gleicher Weise und in gleicher Zahl zu finden, nach den Angaben Dittel's jedoch zeigen sich dieselben bei der Pyelitis zu 20 bis 30 Stück mittelst Schleim in Gebilde umwandelt, die als Abgüsse aus den katarrhalisch erkrankten Sammelröhren des Papillartheiles der Niere aufzufassen sind. Auch Ultzmann und Hofmann bilden diese sich zu Phröpfen vereinigenden Eiterkörper ab, ohne jedoch sich über die Bedeutung derselben auszusprechen. Wenn der Harn ammoniakalisch geworden ist, dann lassen sich, was allgemein bestätigt wird, die Eiterkörper schwer und bald gar nicht mehr nachweisen, indem sie durch das kohlensaure Ammoniak zerstört werden. Dass dies auch, wie Ultzmann, Dittel und Ebstein behaupten, von den Epithelien jedesmal gelte, stellt F. in Abrede. denn er hat selbst in Fällen, wo das Urinsediment nebst den Krystallen von phosphorsaurer Ammoniakmagnesia, harnsaurem Ammoniak und einzelnen sehr spärlichen Kernen keine Spur mehr von Eiterzellen enthielt, noch zahlreiche wohl charakterisirte Epithelien des Nierenbeckens auffinden können. Das wichtigste Kennzeichen der Pyelitis beruht auf dem Nachweise des Nierenbeckenepithels. Diese Epithelien kommen theils dachziegelförmig über einander gelagert, theils aber auch in isolirtem Zustande vor. Sie erscheinen ferner nicht blos als cylinderförmige, mit einem Fortsatz versehene (unipolare) Zellen und als spindelförmige (bipolare), sondern auch als ovoïde, dreieckige Formen mit abgerundeten Winkeln. Neben diesen Formen sind auch die Grössenverhältnisse für die Diagnose von besonderer Wichtigkeit, denn unipolare Zellen kommen auch in der Schleimhaut der Harnblase, bipolare in den Harncanälchen (Henle'sche Schleifen) vor; während jedoch die Epithelien des Nierenbeckens viel kleiner sind als die der Blase, erscheinen sie wieder grösser als die gleichnamigen Gebilde der Harncanälchen. Dies gilt jedoch unbeschränkt nur für das weibliche Geschlecht, denn bei Männern finden sich in der Urethra (pars prostatica, Littre'sche und Cowper'sche Drüsen) Epithelzellen, die nicht blos was die Form, sondern auch was die Grösse betrifft, mit jenen aus den Nierenbecken vollkommen übereinstimmen, so dass in Fällen, wo eine Affection der Schleimhaut in den genannten Partien des Urogenitalsystems nicht ausgeschlossen werden kann, die Bestimmung, woher diese Gebilde abstammen, schwierig, ja sogar unmöglich erscheint. Bei solcher Complication so wie auch

Digitized by Google

unter Verhältnissen, wo das Nierenbeckenepithel im Sedimente nicht nachzuweisen ist, erscheint nicht ohne Bedeutung, dass fast bei jeder Pyelitis einzelne hyaline Cylinder sich im Bodensatze des Harns auffinden lassen. Ob es sich hier jedesmal um die Complication Pyelo-Nephritis handle, will F. nicht entscheiden, wahrscheinlich ist dies jedoch deshalb nicht, weil der genannte Befund mitunter rasch vorübergeht. Es haben ja überdies bereits vielfache Thatsachen zur vollkommenen Evidenz erwiesen, dass das Vorhandensein von hyalinen Cylindern uns noch keineswegs immer auf eine Erkrankung des Nierenparenchyms zu schliessen erlaube (Hegar, Kaltenbach und Perls). Zur Diagnose Nephritis würde sich F. daher erst dann entschliessen, wenn die Harncylinder zahlreich — (nicht blos einzelne), und namentlich die verschiedenen Formen (epitheliale, granulirte etc.) nachgewiesen werden können, wenn ferner Epithelien der Harncanälchen, u. zw. nicht blos aus den Sammelröhren, sondern auch aus den höheren Abschnitten im Sedimente erscheinen, denn die aus der erstgenannten Quelle entspringenden morphot. Elemente sind bei jeder einfachen Pyelitis aufzufinden. Endlich müsste, behufs Feststellung der Diagnose einer gleichzeitigen Betheiligung des Nierenparenchyms, Albumen in grösserer Menge zu erheben sein, als dem Verhältnisse zu den bei Pyelo-Cystitis (oder einf. Pyelitis) vorhandenen Eiterkörperchen entspricht. Aus dem Gesagten geht jedoch hervor, dass wir, wenigstens in vielen Fällen, aus dem Nachweise der charakteristischen Epithelien des Nierenbeckens, aus dem Vorhandensein spärlicher hyaliner Cylinder, sowie der Epithelien aus den Sammelröhren auch dann eine Pyelitis zu erkennen im Stande sind, wo uns alle anderen Anhaltspunkte für eine solche Diagnose fehlen, dass wir ferner bei bereits längere Zeit bestehender Cystitis in den genannten Verhältnissen eine sichere Handhabe für die Annahme einer hinzugetretenen Entzündung des Nierenbeckens erblicken dürfen, selbst wenn die subjectiven Erscheinungen mit den Resultaten der mikroskop. Untersuchung nicht in Einklang zu bringen sind. Es folgt aber zugleich aus den gegebenen Erörterungen, dass wir uns in Betreff der differentiellen Diagnose zwischen Cystitis und Pyelitis nur an die genannten Merkmale halten und allen anderen früher angeführten Symptomen nicht viel Werth beimessen dürfen.

Von gleicher Bedeutung, von gleichem praktischen Werth wie bei den Leiden der Harnorgane kann eine mikroskop. Untersuchung auch in Betreff der Diagnose von Krankeitsprocessen in anderen Organen werden u. z. gleichfalls unter Verhältnissen, wo uns alle übrigen Erscheinungen noch ganz im Unklaren lassen. F. erinnert an die „bekannte" Thatsache, dass in manchen Fällen von Lungenphthisis das Mikroskop die Erkenntniss dieses Processes durch den Nachweis von elastischen Fasern in den Sputis früher sichergestellt hat, als dies durch Percussion, Auscultation, oder durch sonstige Symptome ermöglicht worden ist.

Ebenso kann bisweilen die höchst wichtige Frage entstehen, ob in einem gegebenen Falle die Resultate der Percussion und Auscultation einem Lungeninfiltrate, Lungenabscesse etc. oder aber einem Pleuraexsudate angehören, und die Antwort nur durch die Mikroskopie der Sputa (u. z. gleichfalls durch den Nachweis elast. Fasern) gegeben werden. Solche Zweifel können in einem gewissen Stadium der käsigen Pneumonie auftauchen, wenn diese an der Basis der Lunge beginnt und von da nach oben successive weiter schreitet.

Von den leukämischen Processen ist es bekannt, dass sie unter mannigfachen Krankheitsbildern auftreten, und demnach zu Verwechslungen mit verschiedenen pathologischen Affectionen Veranlassung geben können. Auch hier gewährt uns wieder die mikroskopische Untersuchung in vielen Fällen ganz unzweideutige Zeichen, so dass die Vornahme, ja die Unerlässlichkeit einer solchen am Krankenbette nicht dringend genug anempfohlen werden kann. Im kindlichen Alter findet sich bei längere Zeit dauernden Diarrhöen mitunter eine hochgradige Vermehrung

Digitized by Google

der weissen Blutkörperchen, die selbst ein Drittel der rothen und noch darüber ausmachen. Bei manchem dieser Individuen ist anfänglich weder Milz- noch Drüsenschwellung nachweisbar gewesen, aber im weiteren Verlaufe gesellt sich entweder die erstere, oder die letztere, mitunter auch beide hinzu. Aber durchaus nicht bei allen Kranken, wo während bestehender chronischer Darmkatarrhe Milzschwellung eintrat, war die genannte Vermehrung der weissen Blutkörperchen zu erheben, es waren eben nur manche Individuen, wo dieser Befund constatirt wurde, bei anderen war, trotz kolossaler Milztumoren, das Blut in der genannten Richtung als vollkommen normal anzusehen. „In einzelnen wenigen Fällen ergab sich die wichtige Thatsache, dass Diarrhöen, die die genannte Grundlage haben, fast immer (! R.) letal verliefen", während anderweitige Darmkatarrhe, bei denen jene Blutveränderung nicht bestand, selbst dann noch zu heilen pflegten, wenn der Marasmus schon sehr hohe Grade erreicht hatte. Bei der Beurtheilung mancher Fälle von Angina tonsil. ist dem praktischen Arzte bei Stellung der Diagnose und Vorhersage grosse Vorsicht anzuempfehlen, weil in der neuesten Zeit (Ponfick) Fälle veröffentlicht wurden, wo die ersten Zeichen des leukämischen Processes sich an den Mandeln, an dem Zungengrunde, sowie in den Follikeln der Rachenschleimhaut in Form von Schwellung, von Hyperplasie dieser Theile etabliren. Diese Untersuchungen haben aber nicht blos deshalb eine praktische Bedeutung, weil sie uns ganz untrügliche Anhaltspunkte in Betreff der Diagnose und Prognose gewähren, sondern sie müssen unser Interesse in noch höherem Masse in Anspruch nehmen, seitdem es Mosler und Ehrlich gelungen ist, die Leukämie in dem ersten Stadium des Leidens durch Darreichung grosser Chinindosen zu heilen.

Bei dem Umstande, dass auch die myelogene Form der Leukämie ohne jede erhebliche Vergrösserung der Milz, ohne jede Drüsenschwellung auftreten, und als solche auch schon diagnosticirt werden kann, erscheint die Untersuchung des Blutes auch bei jenen Kranken geboten, wo neben Symptomen von Anämie Schmerzhaftigkeit in irgend einer Partie des Knochensystems vorhanden ist. Die Diagnose „morbus macul. Werlhofii" muss als eine ganz unsichere bezeichnet werden, wofern wir nicht die Mikroskopie zu Hilfe nehmen und Leukämie ausschliessen. Leichte Drüsenschwellung, selbst Milztumoren können nämlich im Verlaufe des genannten Krankheitsprocesses vorkommen, so dass eine Verwechslung sehr nahe liegt. Es gibt Fälle von Chlorose, wo die rationellste Therapie nicht zum gewünschten Ziele führen will. Abgesehen von anderen Veranlassungen, wie Tuberculose, Nephritis, Ulcus ventriculi etc., gehören einige derselben der Leukämie, andere der progressiven perniciösen Anämie an. Ersteres Leiden (Leukämie) ist durch das Mikroskop leicht zu diagnosticiren, in Betreff der Diagnose des letzteren hat Quincke auf die ungleiche Grösse der rothen Blutköper, ferner auf die Zerfallsproducte derselben hingewiesen und Eichhorst die Behauptung aufgestellt, dass die Diagnose dieses Leidens schon in den allerersten Stadien mit derselben Sicherheit gelinge, mit der wir die leukämischen Processe zu erkennen vermögen. Man finde nämlich unter den rothen Blutkörperchen sehr viele, die durch ihre Kleinheit sich auszeichnen, dieselben erreichen kaum den 4. Theil des Durchmessers der ausgebildeten, sie erscheinen ferner viel dunkler gefärbt, man vermisse an ihnen den biconcaven Ausschnitt bei der Profilansicht etc. Bettelheim.

58. Verein der Aerzte in Niederösterreich. Section Wien. a) Sitzung vom 8. November 1876. Dr. Heiler: Erscheinungen der beginnenden Lungenschwindsucht.

Es gibt kein einziges, absolut sicheres Zeichen, welches, bevor das Plessimeter die Veränderungen nachweist, das Vorhandensein von isolirten kleinen Herden in den Lungen darthun könnte, und es ist nöthig, auch die übrigen Erscheinungen zu berücksichtigen. Die Zeichen, welche von jeher als Verdacht erregend betrachtet

Digitized by Google

werden, sind ein schwaches oder starkes Athmungsgeräusch, ein rauhes Athmen, ein verlängertes, starkes Exspirium bei schwachem Inspirium, einzelne, auf circumscripte Stellen beschränkte, durch längere Zeit continuirlich beobachtete Rasselgeräusche. Alle diese Differenzen des Athmungsgeräusches, welche gewöhnlich an den Lungenspitzen gehört werden, haben nur da einen Werth, wenn sie auf kleine Stellen beschränkt sind, und wenn sie auf der einen Seite im Vergleich mit der entsprechenden Stelle der andern Seite auffallend sind. Einzelne Stellen sind jedoch von besonderer Dignität, weil der Vergleich ein präciserer ist. Wenn man in den Obergrätengruben von der Wirbelsäule nach vorwärts gegen den äussersten Winkel derselben auscultirt, wird man beobachten, dass das Athmungsgeräusch nach aussen hin immer schwächer wird; bedeutenden Verdacht auf beginnende Phthise muss es erregen, wenn man das Athmungsgeräusch, insbesondere das Exspirium im äussersten Winkel der Obergrätengrube intensiver als nächst der Wirbelsäule findet. In einigen Fällen von beginnender Phthise hört man ein schwaches Athmungsgeräusch auf einer ganzen Thoraxhälfte, verbunden manchmal mit einem Relaxationszustand der Lunge; findet man auf der einen Seite das Athmungsgeräusch normal oder etwas stärker, und auf der anderen Seite auffallend schwach, ohne dass man hiefür eines der bekannten Momente, wodurch das Athmungsgeräusch abgeschwächt wird, nachweisen könnte, so ist das ein werthvolles Zeichen. Ein auf die Lungenspitzen beschränktes pleurales Reibegeräusch, eine sehr wichtige Erscheinung, wird selten gehört. H. bezeichnet ferner als sehr werthvolles Zeichen (nach Prof. Löbel) die Verstärkung des zweiten Pulmonaltones, und glaubt, dass die Ursache derselben in dem Relaxationszustande der Lungen gelegen sein mag. Manche andere angegebene auscultatorische Erscheinungen, wie das saccadirte Athmungsgeräuch, das von Rühle angegebene systolische Geräusch der betreffenden Art. subclavia hält H. für weniger wichtig.

Dr. Svetlin: Ueber Atropin und dessen Anwendung gegen Epilepsie. b) Sitzung vom 22. November 1876.

Das Atropin verdient nach S. die jetzt geübte Hintansetzung durchaus nicht, da die Wirkung desselben sich in jedem Falle von Epilepsie zeigte, entweder in voller Coupirung oder in wesentlicher Verminderung der Stärke und Zahl der Anfälle.

Man hat es bei der Epilepsie mit einem Reflexkrampf des Gefässcentrums zu thun; da nun Atropin, wie aus Thierexperimenten hervorging, in kleinen Dosen reflexvermindernd, in grossen aber reflexerhöhend wirkt, so wird die Wirkung des Atropins bei Epilepsie nach längerer Darreichung kleiner Dosen eintreten. S. hat nämlich folgende Versuchsreihen angestellt: I. Versuchsreihen mit kleinen Dosen Atropin von 0·001—0.002. II. Versuchsreihen mit grossen Dosen Atropin 0·004—0·02. In der ersten Versuchsreihe wurde die reflexherabsetzende Wirkung des Atropin, wenn es in kleiner Gabe durch längere Zeit gegeben wird, constatirt durch folgende Experimente an Thieren: a) Von zwei Meerschweinchen wurde das eine täglich mit 0·001 Atropin in Lösung behandelt. Nach Ablauf zweier Wochen zeigte sich eine gewisse Apathie an dem Thiere, es war weniger aufmerksam, man konnte es ruhig fangen, das Reflexvermögen erschien absolut herabgesetzt. b) Drei Meerschweinchen wurden nach der Methode Brown-Séquard operirt, um epileptisch zu werden; zwei davon bekamen täglich 0·011 Atropin. Nach Ablauf von 4 Wochen hatte das nicht medicamentirte Thier vollständige epileptische Anfälle, während von den atropinisirten Thieren das eine nur die Aura des Anfalles, das andere dagegen gar keinen Anfall auf die bekannte Reizung auslöste. c) Zwei Meerschweinchen, die bereits an vollständigen epileptischen Anfällen litten, nachdem sie an einem Tage operirt worden, wurden separirt, und das eine täglich mit 0·002 Atropin sulf. per os behandelt; nach Ende der 2. Woche waren die Anfälle bis auf die Aura geschwunden; nach

Digitized by Google

Ende der 3. Woche waren keine Anfälle mehr auszulösen. Das Controlthier zeigte während und noch lange nach der angegebenen Zeit seine ausgebildeten Attaques. Diese Versuche beweisen evident die reflexherabsetzende Wirkung des Atropin in kleiner Dosis, und sind uns zugleich ein Fingerzeig für die Anwendung des Mittels gegen Epilepsie des Menschen. Die zweite Versuchsreihe bestätigte die bereits bekannte Thatsache, dass Atropin in grosser Dosis 0·005—0·008—0·02 bei längerem Gebrauche absolut reflexerhöhend wirkt. Die therapeutischen Versuche an epilepsieerkrankten Menschen bestätigen leider nicht in allen Fällen die Resultate der ersten Versuchsreihe an Thieren, die in voller Coupirung und Befreiung von Anfällen bestanden. Aber die ausgezeichnete Wirksamkeit des Mittels zeigte sich in der grössten Mehrzahl der Fälle: Bei frischen Fällen rein motorischer Epilepsie gelang es stets, Heilung herbeizuführen; in mehreren Fällen inveterirter, mit Geistesstörung einhergehender Epilepsie gelang totale Heilung; in anderen Fällen Verminderung der Zahl und Intensität der Anfälle, die oft den Charakter vollständiger epileptischer Anfälle verloren und den des petit mal annahmen. Die Ursache, warum dieses Mittel jetzt so selten in Anwendung gezogen wird, ist die Furcht vor Intoxication. Bisher wurde das Atropin in Lösung und steigender Gabe von 1—6 Tropfen, hierauf wieder abfallend gegeben; es ereignete sich nun da sehr häufig, dass bei sensiblen Personen schon nach den ersten Tropfen die Zeichen der Atropinvergiftung: Dilatation der Pupille, Kratzen im Halse, Hyperästhesie auftraten — so dass von der Medication abgestanden werden musste. Zahlreiche Versuche auf der psychiatr. Klinik des Prof. Leidesdorf haben ergeben, dass man nie eine Intoxicationserscheinung auftreten sieht, wenn man (analog den Thierexperimenten) nicht mit der Dosis steigt, sondern in gleichmässiger Verabreichung von 1 Milligr. Atropin fortfährt. Aber auch die Darreichungsweise des Mittels scheint von grossem Belange zu sein. Bei sensiblen Personen tritt nämlich, obzwar in äusserst seltenen Fällen, bei Darreichung des Atropins in Lösung Dilatation der Pupille und manchmal Kratzen im Halse, auf. Gibt man aber dieselbe Dosis in Pillenform, so tritt niemals, trotz zahlreicher Beobachtungen, auch nur die geringste Vergiftungserscheinung ein. Es scheint dies auf der langsameren Resorption des Mittels bei Pillenform zu beruhen. Auf diese Weise kann man das Mittel monatelang täglich verabreichen, was auch nothwendig ist, wenn man vollkommene Erfolge erzielen will. Die Reception war: Atrop. sulf. 0·05, Pulv. et extr. liquir. q. s. ut f. pill. Nr. 50 S. Täglich 1 Pille zu nehmen.

59. K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. a) Sitzung vom 17. November 1876.

Prof. Leidesdorf demonstrirt das Gehirn eines Maniakalischen. Der Fall betraf einen 18jährigen Mann, bei welchem sich im August d. J. nach einem Sturze auf der Strasse die Symptome einer acuten Psychose ausbildeten. Da die Aufregungserscheinungen immer zunahmen, und der Kranke anfing zu abstiniren, wurde er in's Krankenhaus überbracht und von da am 9. November in die Irrenanstalt transferirt. Hier bot er abgesehen von seiner fortdauernden Aengstlichkeit Erscheinungen eines gewissen Hirndruckes dar, bestehend in einer Steifheit der Extremitäten, die an einzelnen Theilen bis zur Katalepsie ging; auch die Reflexerregbarkeit war ungemein herabgesetzt. In diesem Zustande verharrte er bis vor wenigen Tagen, wo Krampfanfälle auftraten, die Aufregungssymptome einer Unbesinnlichkeit Platz machten und unter Hinzutreten von Lungenödem das letale Ende erfolgte. Bei der Section fand man trotz so ausgesprochener und acut verlaufender Depressionszustände, trotzdem das Individuum selbst eine unbedeutende Spitzentuberculose zeigte und durch die lange Abstinenz sehr herabgekommen und anämisch war, das Gehirn so stark hyperämisch, dass man selten ein ähnliches Beispiel von Gehirnhyperämie zu Gesichte bekommt. Nicht blos sind die Meningen

Digitized by Google

und das ganze Capillargefässnetz fein injicirt, sondern es zeigen sich in der weissen Substanz sehr weite klaffende Gefässe und die Hirnrinde erscheint bis an den äussersten Rand rosig tingirt. Es ist dies der zweite von Leidesdorf constatirte Fall, wo Depressionserscheinungen nicht, wie gewöhnlich angenommen wird, durch Hirnanämie, sondern durch eine exquisite Hirnhyperämie bedingt waren.

Dr. Weiss: „Ueber die Betheiligung des Rückenmarkes an dem pathologischen Processe der progressiven Paralyse." Die Untersuchungen, die der Vortragende in der Klinik des Prof. Leidesdorf an einer Reihe von zur Obduction gekommenen paralytischen Geisteskranken angestellt hat, ergaben in allen Fällen eine myelitische Affection des Rückenmarkes, die sich in zwei Formen aussprach. Den überwiegend häufigsten Befund machten die Körnchenzellen aus und nur in zwei Fällen, wo in vivo die Erscheinungen der Myelitis deutlich ausgesprochen waren, fehlten Körnchenzellen und zeigte sich das Rückenmark im Zupfpräparate dicht infiltrirt von stark gekörnten lymphoiden Zellen, die in ihrer Massenhaftigkeit den Eindruck eines intensiven Entzündungsprocesses mit Exsudation der genannten Elemente machten. Die Körnchenzellen selbst fand der Vortragende in grösster Dichte in den Hinterseitensträngen des Dorsalmarkes; sowohl nach oben als nach unten nahm die myelitische Affection des Rückenmarkes ab; ebenso war dieselbe weniger intensiv in den Hintersträngen (mit Ausnahme eines Falles von Myelitis der Hinterstränge) und fehlte fast in den Vordersträngen. Was die Provenienz der Körnchenzellen betrifft, so glaubt der Vortragende sich überzeugt zu haben, dass weder die Lymphkörperchen noch die Bindegewebszellen den Ausgangspunkt bilden, sondern er fand, dass im umgekehrten Zahlenverhältniss zu den voll entwickelten Körnchenzellen verschieden grosse, runde, zellige Elemente mit doppeltem Contour und blassem, vielleicht bestäubtem Kerne sich fanden, in welchen von der Peripherie gegen das Centrum Körnung auftrat. Die Natur und das ganze Verhalten dieser Ursprungselemente liess deren Verwechslung weder mit Lymphkörperchen noch mit Myelintropfen, denen sie noch am ähnlichsten sind, nicht zu. Von den letzteren unterscheiden sie sich durch das constante Vorhandensein eines Kernes. Der Vortragende wendet sich gegen jene Autoren, die den Körnchenzellenbefund im Rückenmarke von Paralytikern wohl zugeben, aber keine entsprechenden klinischen Erscheinungen finden und meint, dass die schweren motorischen Störungen, die jedenfalls pathologische Erregbarkeit der Motilität, sowie die so häufig auftretenden Anfälle von wirklicher Rückenmarkepilepsie auf eine entzündliche Affection des Rückenmarkes als Erklärungsgrund hinweisen. Er erwähnt der galvano-elektrischen Untersuchungen, die Dr. Svetlin an derselben Klinik ausführte, und welche mit zwingender Nothwendigkeit eine Betheiligung des Rückenmarkes an dem Krankheitsprocesse der progressiven Paralyse in allen Fällen annehmen liessen, und neigt daher zu der Ansicht, dass man es in der progressiven Paralyse der Irren nicht mit einer Erkrankung des Gehirnes allein, sondern mit einer Erkrankung des gesammten Centralnervensystems zu thun habe.

Prof. Heschl bemerkt hiezu, dass auch er sich mit dem Ursprunge der Körnchenzellen beschäftigt habe, und dass er dabei zu dem Resultate gekommen, dass manche dieser Körnchenzellen, welche in encephalitischen Herden gefunden werden, nicht als solche angesehen werden können, weil sie nicht wie die eigentlichen Fettkörnchenzellen, welche aus dem Zerfalle von Zellen hervorgegangen sind, bei Carmintinction einen deutlichen Kern im ihrem Innern zeigen, wie dies z. B. bei dem Prototyp der Fettkörnchenzellen, bei den Colostrumkörpern in der Milch, regelmässig der Fall ist. H. fand dagegen in einzelnen dieser Körnchenzellen bei Carmintinction des frischen Gewebsstückes aus einem encephalitischen Herde einen central gelegenen Cylinder. H. hält diesen Cylinder für einen Axen-

Digitized by Google

cylinder, und glaubt, dass die Fettkörnchen aus der Umwandlung der Grenzen des Nerven hervorgegangen sind. Die Mehrzahl der Körnchenzellen sind nach H. aus Verfettung von Exsudatzellen entstanden.

Dr. J. Weiss erwähnt, dass er seine Untersuchungen stets an frischen Präparaten, mit und ohne Färbemittel ausgeführt habe, und dass er gewöhnlich in den Körnchenzellen den Kern deutlich nachweisen konnte. Die von Prof. Heschl beobachteten centralgelegenen Cylinder habe er nie gesehen.

b) Sitzung vom 24. November 1876. Prof. Dr. v. Patruban: „Anatomische und chirurgische Mittheilungen mit Vorführung von Kranken." v. P. meint, dass bei Gesichtsneuralgien, welche der Nervendurchschneidung nicht weichen, besonders dann, wenn dieselben sehr heftig und sehr ausgebreitet sind, die Unterbindung der Carotis als ein ungefährliches und in manchen Fällen radicales Heilmittel auszuführen sei. v. P. stellt eine Kranke vor, welche stets gesund war bis vor 6 Jahren, wo ein Erröthen der linken Gesichtshälfte, verbunden mit einem brennenden Gefühle daselbst, auftrat. Gleichzeitig mit dem Erröthen kamen auch stechende Schmerzen im Gesichte, die so heftig waren, dass die Kranke in ihrer Beschäftigung gestört war. Zur Zeit der Anfälle wurde ein starkes Pulsiren an den Arterien der kranken Gesichtshälfte bemerkt, was im Vereine mit den hyperämischen Erscheinungen auf eine Begründung des Leidens auch in einer vasomotorischen Störung hinwies. v. P. schlug der Kranken, die um jeden Preis von ihrem Leiden befreit sein wollte, die Unterbindung der Carotis sinistra vor und führte sie im Jahre 1870 aus. Seit dieser Zeit ist die Kranke von den hyperämischen Erscheinungen und den heftigen Schmerzen gänzlich befreit. v. P. stellt ferner eine Kranke vor, bei welcher wegen heftiger Zahnschmerzen im Jahre 1863 der N. infraorbitalis resecirt wurde. Da die Neuralgie einige Monate nach der Operation heftiger als je wiederkehrte, Schlaflosigkeit und Unmöglichkeit des Kauens bewirkte, machte v. P. die Unterbindung der Carotis dextra. Darnach hatte die Kranke 3 Jahre Ruhe; hierauf traten wieder zeitweise Schmerzen auf, welche v. P. durch Blutentleerungen aus der kranken Gesichtshälfte milderte. In einem dritten Falle musste v. P. wegen einer Neuralgie des N. inframaxillaris die Carotis unterbinden. Dieser Kranke hatte früher zur Stillung seiner heftigen Kopfschmerzen Chloralhydrat in solcher Dosis genommen, dass eine Vergiftung eintrat, in Folge deren der Bulbus der kranken Gesichtshälfte durch Panophthalmitis zu Grunde ging. Endlich stellt v. P. einen Mann vor, der an Zuckungen im Sternocleidomastoideus dexter litt, welche nach Durchschneidung dieses Muskels verschwanden, nach Ablauf eines Jahres wiederkehrten und dann wieder unter dem Gebrauch einer Salbe (unbekannter Zusammensetzung) aufhörten. v. P. bespricht hierauf eingehend die Frage, welche Gebiete der Recurrens Willisii versorge, und kommt dabei zu dem Schlusse, dass es nach seiner Ueberzeugung wahrscheinlich sei, dass dieser Nerv motorische Zweige für den Pharynx, den weichen Gaumen, den Magen, die Speiseröhre, die Milz und die Lungen abgebe, und zwar durch seinen Ramus internus, während der Ramus externus nur den Sternocleidomastoideus und den Cucullaris versorgt. Ersterer Muskel erhält auch Zweige von den Cervicalnerven, und deshalb könne eine Durchschneidung des äusseren Astes des Recurrens nicht die vollkommene Lähmung dieses Muskels herbeiführen.

Prof. Weinlechner bemerkt hiezu, dass er glaube, die Unterbindung der Carotis sei bei den Neuralgien anzuwenden, wo es sich um Ektasien der Gefässe handle. In vielen Fällen von Neuralgie dürfte dieselbe, auch wenn andere Mittel nichts nützen, kaum indicirt sein, da er die Beobachtung gemacht habe, dass nach einer Schussverletzung im Gesichte, die eine Unterbindung der Carotis nöthig machte, eine heftige Neuralgie zurückblieb. Prof. W. erwähnt hierauf, dass er 3 Fälle von Chorea des Sternocleidomastoideus beobachtet habe

Digitized by Google

In zwei Fällen habe er nichts gethan, in einem dritten, wo auch dieselbe Erkrankung im Cucularis derselben Seite vorlag, habe er eine Resection des Recurrens Willisii vor seinem Eintritte in den Kopfnicker vorgenommen, in Folge deren der Cucullaris vollständig, der Kopfnicker theilweise gelähmt wurde.

Dr. H. Obersteiner, „Zur Pathologie der Gehirngefässe." Die Untersuchung der kleinen Gefässe zahlreicher gesunder und kranker Gehirne hatte gezeigt, dass anscheinend normale Gefässe nur sehr selten angetroffen werden. Der Vortragende erörtert zunächst den Bau der verschiedenen die kleineren Gehirngefässe constituirenden Schichten und knüpft daran die Beschreibung jener gewöhnlich als pathologisch angesehenen Erscheinungen, welche an den einzelnen Gefässhäuten zur Beobachtung kommen können. Ausnahmslos in allen Gehirnen findet man an der Adventitia der Gehirngefässe mehr oder minder zahlreiche Fettkörnchen, häufig zu Fettkörnchenzellen gruppirt. Diese sind aufzufassen als Ueberbleibsel der im Gehirne überhaupt, speciell auch an seinen Gefässen in den ersten Perioden des Lebens constant anzutreffenden Fettkörnchenzellen, welche die von Virchow und Jastrowitz beschriebene Encephalitis des ersten Kindesalters charakterisiren. Ebenso constant — wenn man die ersten Lebensjahre ausnimmt — findet sich die Lymphscheide der Gehirngefässe besetzt mit gelblichen, bräunlichen Pigmentkugeln; dieselben sind nicht aus dem Blutfarbstoff entstanden, da sie die charakteristische Reaction mit Schwefelsäure nicht geben; hingegen glaubt der Vortragende annehmen zu dürfen, dass sie durch Oxydation des eben erwähnten Fettes gebildet werden, denn man kann besonders an jüngeren Individuen alle Uebergangsformen von einer ungefärbten Fettkugel bis zur braunen Pigmentkugel beobachten und sich auch überzeugen, dass unter der Einwirkung von Ueberosmiumsäure dieses Pigment eine dunklere grauliche Färbung annimmt; ferner findet man dasselbe gerade an den Arterien besonders häufig, also an denjenigen Gefässen, die das sauerstoffreichere Blut führen. Auch mehrere Pigmentzellen mit dunklen Pigmentkörnchen erfüllt und deutlichen hellen Kernen trägt mitunter die Adventitia. Der perivasculäre, wie der adventitielle Lymphraum können normaler Weise mässig erweitert sein. Verfettung oder Verkalkung der Muscularis werden nicht selten auch in gesunden Gehirnen, besonders in den grossen Stammganglien angetroffen. Ebenso bildet einen sehr häufigen Befund eine bindegewebartige Degeneration der Media zahlreicher Gefässe, wobei es zur vollständigen Verödung des Gefässes kommen kann. Im Inneren der Gefässe findet man mitunter kuglige Gerinnungsformen, die von Manchen als krankhaft angesehen würden, aber auch in ganz gesunden Gehirnen vorkommen. Aus diesen Beobachtungen glaubt der Vortragende den Schluss ziehen zu dürfen, dass es nicht zulässig sei, jedes Bild, das anscheinend der Norm nicht entspricht, für pathologisch zu erklären, man müsse sich vielmehr durch sorgfältige Ueberprüfung der gesunden Organe erst die sichere Ueberzeugung zu verschaffen suchen, dass die vorliegende Erscheinung wirklich nicht mehr in den Rahmen des physiologischen Bildes passe.

60. K. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. Sitzung vom 18. November 1876. Dr. Stiller: Ueber das Aneurysma der Bauchaorta. (Pester chirurg. Presse.)

Der Vortragende betont die Seltenheit dieses Aneurysma. Lebert konnte unter 103 Fällen der Gesammtliteratur blos 15 Fälle in der deutschen Literatur finden, und hat selbst nur einen einzigen Fall beobachtet. Der Fall des Vortragenden betraf einen 47-jährigen Mann, welcher über heftige und continuirliche Rücken- und Bauchschmerzen klagte, seit Monaten bettlägerig, apeptisch und schlaflos war, und bei marastischem Aussehen eine nicht genau begrenzbare Resistenz am Nabel darbot, welche bei lebhafter epigastrischer Pulsation systolischen Stoss

Digitized by Google

zeigte. Diese Erscheinungen liessen sich ungezwungen aus einem Carcinom des Pylorus erklären, welcher niedergesunken und adhärent war; während anderseits das Vorwiegen der unaufhörlichen Lumbalschmerzen, die Lage des Tumors unmittelbar auf der Wirbelsäule, die lebhafte, wenn auch nicht deutlich expansive Pulsation desselben, das Fehlen des Erbrechens und der Magendilatation, sowie endlich das nicht ganz der Krebskachexie entsprechende Colorit zur Annahme eines Aneurysma der Bauchaorte drängten. Der ganz unbestimmte systolische Schall über dem Tumor schien blos vom Stosse des Stethoskops herzurühren und war nicht zu verwerthen; auch zeigte das Herz und der Cruralpuls normale Verhältnisse. Die Diagnose wurde auf Aneurysma gestellt. Der gebesserte Kranke trat nach einem Monat aus, um nach Verlauf einiger Wochen wiederzukommen. Der Tumor war in der kurzen Zeit aufs Doppelte gewachsen, apfelgross, genau umschrieben, und deutliche allseitige systolische Expansion darbietend. Schon am nächsten Tage trat plötzlicher Collaps mit heftigem Erbrechen ein, der Tumor erscheint sehr vergrössert, weich, Grenzen verwischt, Pulsation vermindert; die Diagnose lautet auf Ruptur des Aneurysma in die Bauchhöhle mit vorwiegender Ansammlung des Blutes um das Aneurysma. Nach 8—9 Stunden tritt der Tod ein. Die Section ergab bei vollkommener Integrität der Brustaorta subacute Endarteritis der ganzen Bauchaorta, mit einer scharfgeschnittenen Geschwürsfurche genau am hiatus aorticus des Zwerchfells beginnend; vom untern Rande dieser das ganze Lumen der Aorta umkreisenden Furche bis zur Theilungsstelle ist die Intima glanzlos, narbig, nirgends eine Spur atheromatöser Auflagerung. Unmittelbar über dem Ursprung der art. iliacae communes sitzt ein halbapfelgrosses Aneurysma, dessen vordere Wand und darüber das Peritoneum eine dreieckige Ruptur zeigt. Der Sack zum Theil mit Gerinnselschichten ausgekleidet, im Bauchfellraum etwa $^2/_3$ Liter flüssiges und geronnenes Blut, letzteres in den Riss hineinragend. Keine Spur von Peritonitis. Der Vortragende bespricht die einzelnen Symptome des Falles, namentlich den Charakter und die Ursache der Schmerzen, die als integrirender Bestandtheil des Krankheitsbildes betonte Kachexie, die Störungen der Verdauung, den eigenthümlichen Befund der auf die Bauchaorta beschränkten, scharf beginnenden, und anstatt mit Gewebshyperplasie, mit Substanzverlust einhergehenden Endarteriitis, welche als subacute gedeutet wird, den zum Theil auf Shok beruhenden Collaps und die Ruptur. Endlich werden die ätiologischen Momente, das Vorwiegen bei Männern und in der Blüthezeit des Lebens, der Einfluss von Traumen und anstrengender Beschäftigung, nach Lebert auch die rheumatische Endarteriitis und endlich das häufige Vorkommen bei der angelsächsischen Race besprochen.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, redigirt von Rud. Virchow. 3. Band, 2. Theil, 3. Lieferung. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1876. (Hebra u. Kaposi, Hautkrankheiten, 2. Theil.)

Ueber die akustischen Zeichen der Pneumonie. Habilitations-Vorlesung, am 18. Juli 1876 gehalten vor der medic. Facultät. Mit Zusätzen und einem Anhange über Berechtigung und Methode der populären Lehrthätigkeit. Herausgegeben von Dr. Paul Niemeyer in Leipzig. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1876.

Ueber das Verhalten des Uterus und Cervix in der Schwangerschaft und während der Geburt. Nach klinischen und anatomischen Untersuchungen von Dr. Ludwig Bandl in Wien. Mit 4 lithographirten Tafeln und schematischen Zeichnungen. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1876.

Beobachtungen über Anomalien d. Geschmacks, der Tastempfindungen und der Speichelsecretion in Folge von Erkrankung der Paukenhöhle. Eine physiologisch-

Digitized by Google

pathologische Studie von Victor Urbantschitsch in Wien. Mit einer Tafel. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1876.

Untersuchungen zur Mechanik der Nerven und Nervencentren. Von Prof. Wilhelm Wundt in Leipzig. Zweite Abtheilung. Ueber den Reflexvorgang und das Wesen der centralen Innervation. Mit 41 Holzschnitten. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1876.

Chirurgie der Nieren. Von Prof. Dr. Gustav Simon in Heidelberg. 2. Theil. Operative Eingriffe bei Verletzungen und chirurgischen Krankheiten der Nieren- und Harnleiter. Mit 7 lithographirten und Farbendruck-Tafeln und 6 Holzschnitten. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1876.

Die Einführung des Metersystems in der Ophthalmologie. Von Prof. Edm. Landolt in Paris. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1876.

Beiträge zur Medicinal-Statistik. Herausgegeben vom deutschen Verein für Medicinal-Statistik durch Dr. Schweig in Carlsruhe, Dr. Schwartz in Cöslin, Dr. Zuelzer in Berlin. Heft II. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1876.

Drei Fälle von Thoracocentese bei einem 10monatlichen, einem 3 und einem $3^1/_2$ Jahre alten Kinde. Von Dr. Geiza Faludi in Pest. (Sep.-Abdr. aus der Pest. med.-chir. Presse.)

Ein Bild der Lyssa. Beobachtet und besprochen von Dr. M. Fehr in Heidelberg. Heidelberg. Carl Winter. 1876.

Galerie berühmter Kliniker und hervorragender Aerzte unserer Zeit mit deren Biographien; als Beitrag zur Geschichte der Medicin. Von Dr. S. Hirschfeld. VII. u. VIII. Lieferung. (Jaksch, Leidesdorf, Dittl, Benedikt, Dumreicher, Heschl, Nussbaum, Späth.) Wien 1876. Moriz Perles.

Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende. Von Prof. Eduard Albert in Innsbruck. Mit zahlreichen Holzschnitten. 1. und 2. Heft. Band 1. Wien 1877. Urban und Schwarzenberg.

Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage. Vorträge für praktische Aerzte und Studirende. Von Dr. Wilhelm Winternitz. Erster Band. Der Einfluss der Hydrotherapie auf Innervation und Circulation. Mit 20 Holzschnitten. Wien 1877. Urban und Schwarzenberg.

Die pneumatische Behandlung der Lungen- und Herzkrankheiten. Von Dr. Johann Schnitzler. Zweite, durch einen Nachtrag vermehrte Auflage. Mit 4 Holzschnitten. Wien 1877. Urban und Schwarzenberg.

SAN REMO.

Dr. Julius Loewy aus Wien zeigt den geehrten Herren Collegen an, dass er, sowie in den Vorjahren, auch diesen Winter im klimatischen Curorte San Remo, Riviera di Ponente, ärztliche Praxis ausüben und daselbst Mitte October eintreffen wird.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Karl Bettelheim.
Einsendungen an die Redaction sind zu richten: Wien, I., Gonzagagasse 5.

Druck von G. Gistel & Co., Wien.

Digitized by Google

Verlag von **Otto Wigand** in Leipzig.

Schmidt's Jahrbücher
der in- und ausländischen
gesammten Medicin.
Redigirt von
Prof. Dr. A. Winter in **Leipzig.**

Jährlich 4 Bände in 12 monatlichen Heften mit zusammen 200 Bogen. gr. 4.
Preis brosch. 23 fl. 50 kr.

Dieselben bringen: *A.* Auszüge der in- und ausländischen medicinischen Zeitschriften. *B.* Originalabhandlungen und Uebersichten. *C.* Kritiken und am Schlusse jedes Bandes: *D.* Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes nebst Sach- und Namenregister. Redaction und Verleger werden auch fernerhin Alles aufbieten, um durch thunlichst schnelle und vollständige Mittheilungen der auf dem Gesammtgebiete der medicinischen Wissenschaft erscheinenden Arbeiten den alten Ruf der Jahrbücher zu erhalten, dass nämlich dieselben das Bedürfniss des praktischen Arztes ebenso sehr berücksichtigen, als die Forderungen des wissenschaftlichen Forschers. Namentlich dürfen die regelmässig gegebenen Uebersichten über den zeitweiligen Stand einzelner medicinischer Tagesfragen, sowie die reichhaltige und übersichtliche Bibliographie für dieses Streben ein empfehlendes Zeugniss ablegen.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

In der **C. F. Winter**'schen Verlagshandlung in Leipzig ist erschienen:
Handbuch der Augenheilkunde
für praktische Aerzte.
Von Dr. **J. Rheindorf.**
Mit 28 in den Text eingedruckten Holzschnitten.
Dritte Auflage.
gr. 8. geh. Preis 2 fl. 35 kr.

Mikroskope,
Reise-Perspective
von 21—240 M.
Operngläser von 14 M. an
Holostorique-Barometer von 17—120 M.
Vorstehende Instrumente erfreuen sich des allerhöchsten Beifalls Sr. Majestät des deutschen Kaisers, Sr. k. k. Hoheit des Kronprinzen, des Kaisers von Russland. Medaillen, ehrende Anerkennungen etc.
A. Meyer, Hof-Optikus, Berlin N. W.
Fabrik gegr. 1818. **Preis-Cour. gratis.**

Die bei **G. Reimer** in Berlin an jedem Sonnabend im Umfange von 1—1½ Bogen zum Preise von 6 Mark vierteljährlich erscheinende:

Deutsche
Medicinische Wochenschrift
mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.
Herausgegeben von **Dr. Paul Börner**

bringt Originalarbeiten aus den Deutschen Kliniken, Mittheilungen aus der Praxis, Referate, Kritiken, eine regelmässig erscheinende Journal-Revue über die neueste Deutsche und fremdländische Medicin, Literatur und ein reichhaltiges Feuilleton, über die Verhandlungen der ärztlichen Vereine und Gesellschaften wird fortdauernd berichtet, über die der Berliner physiologischen Gesellschaft, des medicinischen Vereines in Greifswald und der medicinischen Sectionen der vaterländischen Gesellschaft in Breslau wie der Niederrhein. Ges. für Natur- und Heilkunde zu Bonn sofort nach ihrer Feststellung. Ein erheblicher Theil der Wochenschrift gehört der öffentlichen Gesundheitspflege und der Mortalitätsstatistik und es erscheint wie bisher wöchentlich die von Dr. Alex. Spiess zusammengestellte vergleichende Uebersicht der Sterblichkeit in 78 grossen Städten der Erde. Die Interessen des ärztlichen Standes werden mit voller Unabhängigkeit nach jeder Seite hin vertreten und die für das ärztliche Publicum interessanten Thatsachen der Tagesgeschichte so wie die Personalnachrichten zumeist aus amtlichen Quellen, möglichst vollständig gebracht. Jede zweite Wochennummer bringt als besondere und selbstständige Abtheilung unter der Mitredaction des Kreisphysikus Dr. Wiener in Culm die **Medicinal-Beamten-Zeitung**, welche den speciellen Interessen der Deutschen Medicinal-Beamten gewidmet ist.

Bestellungen auf das erste Quartal 1877 werden von allen Sortiments-Buchhandlungen und Postämtern angenommen.

Digitized by Google

Im Verlage der Hahn'schen Hofbuchhandlung in Hannover ist soeben erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

HANDBUCH

der menschlichen Anatomie.

von

Dr. med. Carl Friedr. Theod. Krause,

weil. Geh.-Obermedicinalrath und Professor der Anatomie zu Hannover.

Dritte neu bearbeitete Auflage von

W. KRAUSE,

Professor in Göttingen.

Erster Band: Allgemeine und mikroskopische Anatomie.

Mit 302 Figuren in Holzschnitt.

gr. Lex.-Format. 1876. Preis 9 fl. 10 kr.

Das Werk erscheint in 2 Bänden. Der zweite Band, enthaltend die specielle oder descriptive Anatomie, erscheint im nächsten Jahre. Jeder Band ist einzeln zu haben.

Verlag von *Friedrich Vieweg und Sohn* in *Braunschweig.*

(Zu beziehen durch jede Buchhandlung.)

Anatomischer Hand-Atlas

zum

Gebrauch im Secirsaal

von

Dr. J. Henle, Professor in Göttingen.

Royal-8. geh.

1. Heft (Knochenlehre). 2. Aufl.	Preis 1 fl. 80 kr.
2. Heft (Bänderlehre). 2. Aufl.	Preis 1 fl. 05 „
3. Heft (Muskellehre). 2. Aufl.	Preis 1 fl. 95 „
4 Heft (Gefässlehre).	Preis 1 fl. 95 „
5. Heft (Nerven).	Preis 2 fl. 60 „

VEREINIGTE

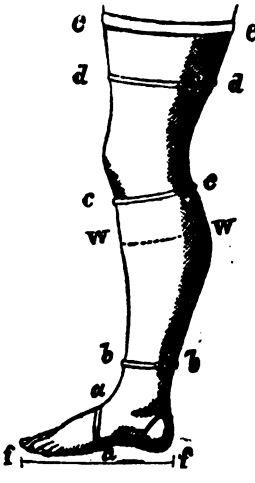
GUMMIWAAREN-FABRIKEN HARBURG-WIEN,

vormals **MENIER — J. N. REITHOFFER,**

K. K. Hof- **Fabrikanten,**

WIEN, Neuthorgasse Nr. 6.

Filialen: Herrengasse Nr. 2 und Mariahilferstrasse Nr. 115,



empfehlen ihr wohlassortirtes Lager von sämmtlichen chirurgischen Gegenständen, als: **Krampfaderstrümpfe, Bruchbänder aller Art, Eisbeutel** und **Eisflaschen** in jeder Grösse und Form, **Urinflaschen, Rezipienten, Klystier-, Mutter-** und **Wundspritzen, Brusthütchen, Bougies, Katheter, Schröpfköpfe, wasserdichte geruchlose Betteinlagen** für Kinder- und Krankenbetten; ferner **Artikel aller Art für technische Zwecke, wasserdichte Kleidungsstücke, Gummischuhe, Kämme, Bälle** und **Ballons, Spielsachen, Kegelkugeln** etc. etc.

NB. Die bei der vorstehenden Zeichnung angegebenen Maasse a — a, b — b, w — w, c — c, d — d, e — e, sind Rundmaasse. f — f, g — g sind Längenmaasse.

Digitized by Google

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin

Soeben erschien:

Archiv für Gynækologie.

Herausgegeben von

F. Birnbaum in Cöln, C. u. G. Braun in Wien, Breisky in Prag, Credé in Leipzig, Dohrn in Marburg, Frankenhäuser in Zürich, Gusserow in Strassburg, v. Hecker in München, Hildebrandt in Königsberg, Kehrer in Giessen, Kuhn in Salzburg, Litzmann in Kiel, Mayrhofen in Innsbruck, P. Müller in Bern, Olshausen in Halle, v. Scanzoni in Würzburg, Schatz in Rostock, B. Schultze in Jena, Schwartz in Göttingen, Spaeth in Wien, Spiegelberg in Breslau, Valenta in Laibach, Winckel in Dresden, Zweifel in Erlangen.

Redigirt von **Credé** und **Spiegelberg.**

X. Band. 2. Heft.

gr. 8. Mit 6 lithogr. Tafeln und Holzschn. Preis 7 Mk. = 4 fl. 55 kr.

Durch jede Buchhandlung ist zu beziehen:

HANDBUCH

der

gesammten Arzneimittellehre.

Für

Aerzte und Studirende

bearbeitet von

Dr. méd. Theodor Husemann,

Professor in Göttingen.

Vollständig in 2 Bänden. Preis 24 Mark.

Verlagsbuchhandlung von

Julius Springer in Berlin.

Soeben wurde ausgegeben und steht auf Wunsch gratis zu Diensten:

Lager-Katalog 17.

Verzeichniss von Werken aus dem Gesammtgebiete

der Medicin.

60 Octav-Seiten stark.

2075 Nummern.

R. Bader & Comp.,

Buchhandlung und Antiquariat,

Freiburg (Baden).

ANLEITUNG

zu

wissenschaftlichen Beobachtungen auf Reisen.

Mit besonderer Rücksicht auf die Bedürfnisse der kaiserlichen Marine

verfasst von

P. Ascherson, A. Bastian, W. Förster, K. Friedel, G. Fritsch, A. Gerstäcker, A. Grisebach, A. Günther, J. Hann, G. Hartlaub, R. Hartmann, H. Kiepert, W. Koner, E. von Martens, A. Meitzen, K. Möbius, G. Neumayer, A. Oppenheim, A. Orth, C. A. J. Peters, F. von Richthofen, G. Schweinfurth, K. v. Seebach, H. Steinthal, F. Tietjen, R. Virchow, E. Weiss, H. Wild

und herausgegeben von

Dr. G. Neumeyer,

Hydrograph der kaiserl. Admiralität.

Mit 56 Holzschnitten und 3 lithogr. Tafeln. Lex-Oct. VIII und 696 Seiten.

Preis geh. 11 fl. 70 kr. Geb. 13 fl.

Kurzes chemisches Handwörterbuch

zum Gebrauche

für Chemiker, Techniker, Aerzte, Pharmaceuten, Landwirthe, Lehrer und für Freunde der Naturwissenschaft überhaupt

bearbeitet von

Dr. Otto Dammer.

Lex.-Oct. III und 820 S. — Preis geh. 11 fl.

Verlag von **Robert Oppenheim** in **Berlin.**

Digitized by Google

Das in unserem Verlage erscheinende

Centralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

L. Lesser, M. Schede, H. Tillmanns

beginnt **mit dem 1. Januar 1877** seinen **vierten Jahrgang** und wird wie bisher in wöchentlichen Nummern von mindestens einem Bogen gross 8° zum jährlichen Preise von 20 Mark erscheinen. Alle Buchhandlungen und Postanstalten nehmen Bestellungen auf ganz- und halbjährige Abonnements entgegen.

Das rege Interesse, welches man allseitig dem Unternehmen entgegengebracht, bestätigt unsere Annahme, dass mit Schaffung dieser Zeitschrift einem wirklichen Bedürfniss abgeholfen worden ist. Der vielbeschäftigte Praktiker findet hier in kurzen prägnanten Referaten alles auf dem Gebiete der Chirurgie durchaus Wissenswerthe aus allen deutschen, nicht minder ausländischen medizinischen Zeitschriften vereinigt, während er sonst Zeit und Mühe für das Studium der ihm oftmals kaum zugänglichen Journale aufwenden müsste. Die Redaction des Centralblatt wird nach wie vor bestrebt sein, das möglichst Vollständigste zu liefern; Referenten in allen Ländern unterstützen dieselbe dabei auf's Eifrigste.

Probenummern liefern alle Buchhandlungen gratis, auch vermittelt jede Buchhandlung die Einsicht in complete Exemplare des I. und II. Jahrgangs, sowie des I. Semesters des III. Jahrgangs.

Leipzig, den 20. November 1876. **Breitkopf & Härtel.**

Durch alle Buchandlungen sind zu beziehen:

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Dr. Ludwig Büchner's Schriften:

Kraft und Stoff. Naturphilosophische Untersuchungen auf thatsächlicher Grundlage. In allgemein verständlicher Darstellung. Vierzehnte, sehr vermehrte u. mit Hilfe der neuesten Forschungen ergänzte Auflage. 1876. 8°. 31 Bog. Preis 3 fl. 60 kr. Geb. 4 fl. 10 kr.

Die Darwin'sche Theorie von der Entstehung und Umwandlung der Lebewelt. Ihre Anwendung auf den Menschen, ihr Verhältniss zur Lehre vom Fortschritt und ihr Zusammenhang mit der materialistischen oder Einheits-Philosophie der Vergangenheit und der Gegenwart. In sechs Vorlesungen allgemein verständlich dargestellt. Vierte verbesserte und mit Hilfe der neuesten Forschungen ergänzte Auflage. 1876. 8°. 28 Bog. Preis 3 fl. 60 kr. Geb. 4 fl. 10 kr.

Physiologische Bilder I. Bd. 2. vermehrte Auflage. 1872. 8°. 27 Bog. Preis 3 fl. 90 kr. Inhalt: Das Herz. Das Blut. Wärme u. Leben. Die Zelle. Luft und Lunge. Das Chloroform. II. Bd. 1875. 8°. 28 Bog. Preis 3 fl. 90 kr. Geb. 4 fl. 45 kr. Inhalt: Das Gehirn. Die Nerven.

Aus Natur und Wissenschaft. Studien, Kritiken und Abhandlungen. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. 1875. gr. 8°. 31 Bog. Preis 5 fl. 20 kr. Geb. 5 fl 85 kr

Der Mensch und seine Stellung in der Natur in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Oder: Woher kommen wir? Wer sind wir? Wohin gehen wir? Allgemein verständlicher Text mit zahlreichen wissenschaftlichen Erläuterungen und Anmerkungen. Zweite vermehrte Aufl. 1872. gr. 8°. 23 Bog. Preis 3 fl. 90 kr. Geb. 4 fl. 55 kr.

Natur und Geist. Gespräche zweier Freunde über den Materialismus und über die real-philosophischen Fragen der Gegenwart. Dritte verbesserte Auflage. 8°. 19 Bogen. Preis 2 fl. 90 kr. Gebunden 3 fl. 45 kr.

Der Gottes-Begriff und dessen Bedeutung in der Gegenwart. Ein allgemein-verständlicher Vortrag. Zweite, sehr verm. Auflage. 1874 gr. 8°. 4 Bog. Preis 65 kr.

Das Alter des Menschengeschlechts auf der Erde und der Ursprung der Arten durch Abänderung, nebst einer Beschreibung der Eis-Zeit in Europa und Amerika. Nach dem Englischen des Sir Charles Lyell, Verfasser der „Grundzüge der Geologie" etc. etc. Mit eignen Bemerkungen und Zusätzen und in allgemein verständlicher Darstellung von Dr. Ludwig Büchner. Autorisirte deutsche Uebertragung in 2. nach der 4. Auflage des Originals vom Jahre 1873 völlig umgeänderter u. vermehrter Aufl. Mit zahlreichen Holzschnitten. 1874. gr. 8°. 33 Bog. Preis 5 fl. 20 kr. Geb. 5 fl. 85 kr.

Das Atom oder das Kraftelement der Richtung, als letzter Wirklichkeitsfactor. Ein Versuch, Anziehung und Abstossung auf ein gemeinsames Princip — und das Abstractum „Kraft" auf einen concreten Kern zurückzuführen. (Unter kritischer Bezugnahme auf Dr. A. Pfeilsticker's Durchdringlichkeitstheorie u. Dr. J. R. Mayer's Kraftumwandlungslehre.) Naturphilosophische Erörterungen ohne mystischen Hintergrund von Alexander Wiessner. 1875. gr. 8°. 21 Bog. Preis 3 fl 60 kr.

Der wiedererstandene Wunderglaube. Eine kritische Besprechung der spiritualistischen Phänomene und Lehren, mit Einschluss der Unsterblichkeits- und Wiedergeburtsfrage. Unter specieller Bezugnahme auf „die wissenschaftliche Ansicht des Uebernatürlichen" von Alfred Russel Wallace, und die „Studien über die Geisterwelt" von Adelma Freiin von Vay. Von Alexander Wiessner. 1875. 8°. 19 Bog. Preis 2 fl 60 kr.

Die Lehre von der Erkenntniss. Vom physiologischen Standpunkte allgemein verständlich dargestellt von Dr. med. A. Mayer in Mainz. 1875. gr. 8°. 24 Bog. Preis 3 fl. 90 kr.

Digitized by Google

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

(Schluss aus dem Hefte 1 — 1877.)

61. Zur Behandlung des Hygroma praepatellare mittelst der Incision. Von Richard Volkmann. (Berlin. klin. Wochenschr. 1876, Nr. 8.)

Verfasser theilt mehrere Fälle von chronischen sowie von acuten Hygromen mit, bei welchen er die Incision mit antiseptischer Nachbehandlung in Anwendung brachte. Bei antiseptischer Nachbehandlung und unter gleichzeitiger Anwendung eines festen Druckverbandes heilen die gespaltenen Hygrome meistens durch primäre plastische Verklebung ohne jede Eiterung und ohne jedes Fieber. Von chronischen Hygromen wurden sechs des Knies und eines der Bursa anconea auf die angegebene Weise behandelt. Verfasser geht dabei folgendermassen vor: Das Hygrom wird durch einen Längsschnitt gespalten. Bei starker Ausdehnung des Sackes kann man ein elliptisches Stück aus der Wand herausschneiden. Nun wird die Flüssigkeit sowie etwa vorhandene freie Körper entfernt; stärkere Gerinnungen werden mittelst des scharfen Löffels von der Wand abgekratzt. Nachdem die Höhle ordentlich mit 5percentiger Carbollösung ausgespült ist, legt man den Druckverband an, der aus zwei dicken Wülsten Listergaze besteht, die zu beiden Seiten des Schnittes fest aufgelegt werden. Wenn dadurch der Schnitt noch nicht ordentlich klafft, so werden zwei kurze Drainröhrchen senkrecht in die Höhle eingelegt. Die Lücke zwischen den beiden Wulsten wird mit einem Bausch carbolisirter Gaze ausgefüllt. Es folgt nun die Umhüllung des ganzen Knies mit mehreren Lagen carbolisirter Gaze, worauf der ganze Verband durch Circulärtouren fixirt wird. Das Bein wird auf eine Hohlschiene gelagert. In 3—4 Tagen ist der Sack verklebt. In den ersten Tagen wird der Verband einigemal gewechselt, gewöhnlich braucht man jedoch nur 3—4 Listerverbände. Die definitive Vernarbung ist nach vierzehn Tagen bis drei Wochen beendigt. Alle sieben erwähnten Fälle nahmen den eben beschriebenen günstigen Verlauf. Fieber war nur bei einem Falle in leichtem Grade vorhanden.

Digitized by Google

Die Fälle von acuter eitriger oder selbst phlegmonöser Bursitis, welche gewöhnlich unter hohem Fieber mit eitrigem Erguss in's Kniegelenk und weit sich ausdehnender Phlegmone verlaufen, können, wenn sie auf die angegebene Weise behandelt werden, einen ebenso guten Verlauf nehmen. Auch hier erzielt man durch sorgfältige Spaltung und Drainage der vereiterten Bursa sowie aller Eitertaschen in der Umgebung durch den antiseptischen Wundverband öfters eine primäre Verklebung. Verfasser theilt mehrere Fälle dieser Art mit.

Hinsichtlich der pathologischen Anatomie der an der Wand dieser chronischen Patellarhygrome aufsitzenden Excrescenzen, sowie der gestielten als auch der freien reiskörnerartig aussehenden Körper, konnte Verf. durch directe Untersuchungen constatiren, dass sämmtliche Bildungen dieser Art als Fibrinablagerungen aufzufassen sind. Winiwarter.

62. Ueber die Behandlung unglücklicher Vorkommnisse nach einfachen und complicirten Knochenbrüchen. Nach einem Vortrage des Prof. v. Nussbaum. („Der prakt. Arzt" Nr. 4, 1876.)

v. N. bespricht jene chirurgischen Eingriffe, welche er unter den bekannten Behandlungsmethoden bei schlecht geheilten Fracturen mit Vorliebe vornimmt. Ist statt eines festen Callus eine ligamentöse Verbindung oder ein falsches Gelenk an der Bruchstelle entstanden, so pflegt der Verf. in der Narkose die Bruchenden an einander zu reiben; ist diese Manipulation erfolglos und die Entfernung der Bruchenden eine relativ geringe, so schneidet er nach Langenbeck die falschen Gelenksbänder subcutan durch, trennt die Weichtheile über den beiden Knochenenden mit einem Messerschnitte, und schraubt an beiden Stellen eine versilberte Stahlschraube ein, die nach mehreren Tagen wieder entfernt wird.

Ein fester Verband fixirt die Bruchenden. Sind aber die letzteren zu weit von einander entfernt, so räth v. N. die Transplantation des Knochens in jener Weise an, wie er sie bei einem Soldaten ausführte, der nach einer Schussfractur der Ulna einen 5 Ctm. langen Substanzverlust derselben acquirirt hatte. Verf. sägte ein entsprechendes Stück des oberen Ulnarendes bis auf eine Periostbrücke ab, und legte dasselbe in die obige Lücke. Es stellte sich die Knochencontinuität so weit wieder her, dass der Arm wieder gebrauchsfähig wurde.

Gegen die Verkürzung der Extremität in Folge Verschiebung oder Winkelstellung der verheilten Bruchenden geht Verf. in gewöhnlicher Weise vor; in der ersten Zeit trachtet er den Knochen an der ursprünglichen Fracturstelle zu brechen, in der späteren im gesunden Theile des Knochens, nach vorausgeschickter Durchsägung oder Osteotomie mittelst des Meissels. (Ueber die Methoden und die Erfolge dieser künstlichen Knochentrennungen siehe Prof. Gussenbauer's allseitig erschöpfende Arbeit in Langenbeck's Archiv Bd. 18 und Medic.-chirurg. Rundschau 1875, Nr. 683. Refer.) Wölfler.

Digitized by Google

63. Bildung eines künstlichen Harnleiters. Von Prof. v. Nussbaum. (Aus dem ärztl. Intelligenzblatte, 1876.)

Bei einer Frau, an der mit glücklichem Erfolge eine Ovariotomie gemacht worden war, blieb eine Fistel zurück, aus der sich Harn entleerte.

Bei genauer Untersuchung wurde constatirt, dass es sich hier um eine Harnleiter-Bauchfistel handle, die sich nach der Ovariotomie durch Verletzung des rechten Ureters etablirt hatte; dieser leitete den Urin in ein Harnreservoir, welches durch einen Canal mit der Bauchdeckenfistel in Verbindung stand. Da die Patientin dringend um Befreiung von diesen lästigen Beschwerden bat, ersann der Verf. ein geeignetes Operationsverfahren. Nach v. N. konnte man nämlich in diesem Falle dreierlei Wege einschlagen: Entweder konnte man die Niere nach Simon exstirpiren oder Obturation des rechten Harnleiters mit nachfolgender Schrumpfung der Niere herbeizuführen trachten, oder endlich die Communication zwischen Harnleiter und Blase wieder herstellen. Der Verf. entschied sich für letztere Methode, weil sie ihm am wenigsten gefährlich erschien.

Zu diesem Zwecke schnitt Verf. die obere und untere Wand der Urethra ein, erweiterte sie mittelst konischer Zapfen (Simon), so dass er mit dem eindringenden Finger die Blasenwand palpiren konnte. Führte er einen Finger durch die Bauchdeckenfistel in das Harnreservoir und einen Katheter in die Blase, und drängte dieselbe hoch hinauf, so konnte sein Finger die Katheterspitze fühlen. Statt des Katheters nahm v. N. nun einen gebogenen Troikar, führte ihn in die Blase ein und stiess dessen Stachel von da aus in das Harnreservoir. In diesen Canal wurde ein Drainrohr gebracht, welches jetzt die Stelle des unteren Antheiles des Harnleiters vertreten solite.

Als am 5. Tage das Blasenende des Kautschukrohres zurückgeschlüpft war und dadurch den neuen Harnweg verstopft hatte, wurde mit Mühe ein langes Drainrohr eingeführt, von dem das eine Ende bei der Urethra, das andere aus der Bauchfistel herausragte. Nach wenigen Tagen wurde auch diese Drainage entfernt, da der Canal zwischen Harnreservoir und Harnblase bereits hergestellt war. Durch Cauterisation wurde schliesslich auch die Bauchfistel geschlossen. Wölfler.

64. Ueber eine neue Methode der Staphylorrhaphie. Von Prof. Dr. Schönborn. (Archiv f. klin. Chirurgie. XIX. Band, 3. Heft.)

Verfasser brachte diese Methode, welche in der Bildung eines Lappens aus der hinteren Schlundwand, der zwischen die wundgemachten Hälften des Gaumensegels eingeheftet wird, besteht, bei einer 17jährigen Patientin mit einer angeborenen Spalte des weichen und harten Gaumens in Anwendung. Um die Operation gefahrlos auszuführen, wurde, nachdem die Kranke narkotisirt war, die Tracheotomie und Tamponade der Trachea nach Trendelenburg ausgeführt. Nun wurde ein Lappen aus der hinteren

Digitized by Google

Schlundwand gebildet, der mit seiner Längsaxe median und mit seiner Basis nach unten gelegen, ungefähr 2 Ctm. breit und 4 bis 5 Ctm. lang war. Dieser Lappen, der möglichst hoch oben an der Schlundwand beginnen muss, um denselben ohne jede Spannung an die Hälften des Gaumensegels anzupassen, wurde jetzt abgelöst, wobei sich Verf. eines langgestielten Messers bediente, dessen zweischneidige Spitze, etwa 2 Ctm. lang, vom stumpfen Theil der Klinge rechtwinklig abgebogen ist. Nachdem der mucös periostale Ueberzug des harten Gaumens in der gewöhnlichen Weise abgelöst und er sowie der weiche Gaumen hinlänglich beweglich gemacht war, wurde der an seiner Spitze dreieckig zugestutzte Lappen zwischen die angefrischten Hälften des Gaumensegels mittelst des Langenbeck'schen Nadelinstrumentes eingeheftet. Dann wurde in der gewöhnlichen Weise die Spalte des harten Gaumens geschlossen. Der Lappen heilte mit Ausnahme einer Centimeter langen Stelle auf der linken Seite vollkommen an. Die Patientin, die weder im Athmen noch im Schlucken durch den Lappen gehindert war, gewann eine vollständig gute Sprache, welche auch den nasalen Beiklang allmälig fast ganz verlor. Dieser Vortheil, den die Methode vor der bisher geübten Staphylorrhaphie voraus hat, bestimmt den Verfasser, sie zur Prüfung anzuempfehlen, jedoch mit der Modification, dass man zuerst die Einheilung des Lappens anstrebt, und erst dann die Spalte im harten Gaumen vereinigt. Es war nämlich bei seiner ersten Operation die Heilung zwischen den abgelösten Lappen des harten Gaumens nicht erfolgt, so dass nach einiger Zeit der Defect im harten Gaumen durch eine zweite Operation mit vollständigem Resultate geschlossen werden musste. Winiwarter.

65. Neurektomie des Ramus II. Nervi V. (Lücke), des lingualis und des alveolaris infer. (Paravicini). Von Prof. H. Lossen, in Heidelberg. (Centralblatt für Chirurgie Nr. 20, 1876.)

Eine 66jährige, sonst gesunde Frau litt seit vielen Jahren an heftigen rechtseitigen Neuralgien im Bereiche des Ober- und Unterkiefers. — Nachdem sie narkotische Salben, Injectionen, Chinin und Elektricität erfolglos gebraucht hatte, begab sie sich in die Heidelberger Klinik, um die Neurektomie vornehmen zu lassen.

Nachdem constatirt worden war, dass der Sitz der Schmerzen vorzüglich im N. zygomaticus und N. alveolar. sup. zu suchen sei, nahm Prof. Simon die Resection des Ram. secund. Nervi V. in der Fossa sphenomaxillaris nach der Methode Lücke's vor.

Zu dem Zwecke wurde der Jochbeinkörper freigelegt, dessen vorderes Ende mit der Kettensäge durchtrennt, der Processus zygomaticus des Schläfebeins gleichfalls durchgesägt, und der Masseteransatz abgelöst. Nun wurde der Lappen zurückgeschlagen, aus der zugängigen Fossa sphenomaxillaris der Nerv mit einem Häkchen hervorgezogen und ein 10—11 Mm. langes Stück herausgeschnitten. — Die Schmerzen waren nach der Operation ge-

Digitized by Google

schwunden, die Wunde wurde durch die Naht geschlossen und die Heilung derselben erfolgte unter anfangs reichlicher Eiterung nach mehreren Wochen.

Nach 4monatlicher Ruhe hatte die Patientin wieder über neuralgische Schmerzen zu klagen; jetzt localisirten sie sich auf das Gebiet des N. mandibularis und N. lingualis dexter. — Lossen operirte nach Paravicini in folgender Weise. An dem vorderen Rande des aufsteigenden Unterkieferastes wurde vom Munde aus ein Schnitt durch die Schleimhaut bis auf den Knochen gemacht. — Am inneren Wundrande fühlte man alsbald den N. lingualis als beweglichen Strang, und schnitt davon ein 10 Mm. langes Stück aus. — Nun suchte L. die Lingula auf, es gelang dies erst, nachdem er mit dem Raspatorium das Periost zurückgeschoben hatte.

Jetzt fühlte er auch den N. alveol. infer., welchen er mit einem umgelegten Faden hervorzuziehen trachtete; dabei zerriss der Nerv und L. war gezwungen, denselben stückweise bis zur Incisura semilun. hin auf abzutragen. Die dabei blutende Art. alveol. infer. schwieg auf Compression. Die Operation wurde in der Rose'schen invertirten Stellung (Kopf nach abwärts) gemacht. Der weitere Wundverlauf wurde durch eine eiterige Periostitis, die Gegenincision erforderte, und nachträgliche Nekrose eines Unterkieferstückes complicirt. Der Enderfolg vollkommen befriedigend. Anästhesie im Bereiche der drei resecirten Nerven. In der rechten Zungenhälfte fehlte jede Tast- und Geschmacksempfindung. Recidive war nicht erfolgt. Wölfler.

66. Doppelseitige Ovariotomie. Milchtransfusion am 4. Tage nach der Operation — Heilung. Von Prof. Gaillard-Thomas. (Amer. Journ. of med. Sciences, 1876.)

Eine Patientin, bei der wegen solider Eierstocksgeschwülste von adenoidem Charakter die doppelseitige Ovariotomie vorgenommen wurde, befand sich am 4. Tage nach der in der gewöhnlichen Weise vorgenommenen Operation in einem sehr collabirten Zustande. Verf. entschloss sich, eine Transfusion vorzunehmen; und da er in drei früheren Fällen mit der Bluttransfusion keine befriedigenden Resultate erzielte, so beschloss er, diesmal Milch zu injiciren. Er verschaffte sich eine junge, gesunde Kuh, entnahm ihr eine hinreichende Menge warmer Milch, seihte dieselbe und injicirte davon $8^1/_2$ Unzen in den Arm der Patientin. Eine Stunde darauf bekam Pat. einen Schüttelfrost, der Puls stieg auf 150—160 und die Temperatur auf 40° C. Bald aber sank die Temperatur und Pat. schlief einige Stunden. Nach 21 Tagen war die Kranke vollkommen genesen. Funk.

Digitized by Google

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

67. Zur Lehre von der Embolie der Art. centralis Retinae. Eine klinische Studie von G. v. Oethingen. (Dorpater Med. Zeitschrift. Bd. VI, Heft 2, pag. 143.)

Oethingen knüpft an die Beschreibung eines Falles von plötzlicher Erblindung, die das linke Auge einer 36jährigen Frau mit vollkommen normalem Gefässsysteme befallen hatte, und das bekannte ophthalmoskopische Bild der Embol. art. centr. bot, folgende Bemerkungen. Es bedarf keiner Erörterung, dass keine der Erscheinungen, unter denen die Erblindung eintrat, eine exclusiv pathognomonische Bedeutung für die Embolia a. c. ret. beanspruchen kann. Die differentielle Diagnose muss auf Ischaemia retinae, Gefässkrämpfe, Apoplexie im Opticus und Neuroretinitis Rücksicht nehmen. Wir können nicht annehmen, dass die Erblindung durch die Entzündung des Sehnerven veranlasst worden sei, denn auch die fulminanteste Entzündung bedarf zu ihrer Entwicklung eines gewissen Zeitraumes. Auch entwickelte sich die vorhandene Neuritis unter des Verfassers Augen und erreichte ihre Höhe erst eine Woche nach dem Eintritte der Erblindung. Auch an eine primäre retrobulbäre Neuritis kann man nicht denken, denn das Verhalten der Gefässe und die Form der Trübung entsprechen durchaus nicht einer selbstständigen Neuroretinitis. Die Ischaemia retinae postulirt beiderseitige Erblindung, lässt sich daher auch ausschliessen. An Gefässkrämpfe im Bereiche der Retina lässt sich nur bei plötzlichen transitorischen Erblindungen denken, nicht aber bei solchen, die von Atrophie der Sehnerven und der Netzhaut gefolgt sind. Es bleibt nun die Frage, ob nicht spontan eine Blutung im Sehnerven aufgetreten sei. Magnus hat die Anschauung ausgesprochen, dass die Mehrzahl der als Embolia a. centr. beschriebenen Fälle auf Sehnervenblutung zurückzuführen sei. Den Schwerpunkt seiner Vertheidigung der Sehnervenapoplexie verlegt Magnus in den Nachweis der mangelhaften Begründung der Diagnose auf Embolie in den bisher bekannt gewordenen Fällen. Bisher wurde die Diagnose abgeleitet aus dem Verhalten der Netzhautgefässe, den Netzhauttrübungen, den Extravasaten, respective dem rothen Fleck im Centrum der Macula lutea, der plötzlichen Amaurose oder Amblyopie eines Auges mit nachfolgendem Schwund des Sehnerven, dem Nachweise eines Ausgangspunktes für den Embolus und den pathologisch-anatomischen Befunden. Die Erscheinungen an den Netzhautgefässen sind nun allerdings nicht von der Art, dass sie sich nur auf Embolia a. c. beziehen liessen, allein es muss gegen Magnus hervorgehoben werden, dass die Gefässe nicht nur durch die Netzhauttrübung nicht zugedeckt werden, sondern vielmehr an der Stelle der Macula lutea mit erhöhter Deutlichkeit vortreten. Das könnte nicht stattfinden, wenn die Netzhauttrübung von der Läsion der Sehnervenfasern

Digitized by Google

bei Apoplexie herrührte, wie es Magnus meint. Der Sitz der Trübung um die Papilla und Macula argumentirt ebenfalls durchaus nicht nothwendig für die stattgefundene Embolie, aber der Schmidt'sche Fall, in welchem die Trübung jenen Sitz gezeigt und die Section den Embolus nachgewiesen, spricht bestimmt gegen die Annahme von Magnus, derzufolge jene Localisation der Trübung ausschliesslich für Sehnervenblutung in Anspruch genommen wird. Die Plötzlichkeit der Erblindung ist ebensowenig, wie die früher genannten Momente absolut pathognomonisch. Die pathologische Anatonomie hat bisher nur nachgewiesen, dass Embolie in der Arteria centr. ret. ophthalmoskopisch richtig diagnosticirt worden ist — weiter Nichts.

Oethingen muss schliesslich constatiren, dass weder das klinische, noch das ophthalmoskopische Bild so sicher festgestellt und begründet ist, dass eine unanfechtbare Diagnose darauf zu bauen wäre, dass aber auch die Einwände der Gegner nicht so triftig und erwiesen sind, dass wir die Diagnose der Embolia a. c. beseitigen könnten. Schnabel.

68. Grundzüge einer Theorie des Farbensinnes veröffentlicht Prof. Hering (Sitzungsbericht der kais. Akademie der Wissenschaften III. Bd. LXIX, Referat der Vierteljahrschr. f. prakt. Heilkunde), die er mit der Betrachtung der ganz eigenartigen Empfindung des Weissen und Schwarzen (Grundzüge einer Theorie des Lichtsinnes) einleitet, welche Empfindungen zwei verschiedenen Qualitäten des „chemischen Geschehens in der Sehsubstanz" entsprechen. Diese zwei verschiedenen Qualitäten des chemischen Geschehens nun müsse man als partielle Consumption der erregbaren Substanz (Dissimilirung, Empfindung des Weissen), und als Restitution des erlittenen Verlustes (Assimilirung, Empfindung des Schwarzen) auffassen, und zwar sei die Grösse der Dissimilirung abhängig von der Grösse des Reizes, und von der Quantität der in den gereizten Theilen vorhandenen erregbaren Substanz. Diese Auffassung des in Rede stehenden Processes erklärt das, was wir simultanen Contrast nennen. Es reagirt nämlich auf partiellen Lichtreiz nicht nur der getroffene, sondern auch der denselben umgebende Theil, und zwar ersterer durch gesteigerte Dissimilirung, letzterer durch gesteigerte Assimilirung, und zwar ist die Steigerung der Assimilirung in nächster Nähe des beleuchteten Theiles am bedeutendsten, und nimmt mit dem Abstande von demselben rasch ab. Bei längerer Fixation überzeugt man sich aber, dass die anfänglich dunkleren Theile heller werden, und dass dies namentlich am deutlichsten an den Grenztheilen hervortritt (simultane Lichtinduction). Diese Erhellung bleibt noch längere Zeit, selbst wenn die Ursache derselben entfernt worden ist (successive Lichtinduction). Legt man auf weissen Grund zwei schwarze Karten, die zwischen sich einen weissen Streifen übrig lassen, fixirt letzteren, und zieht plötzlich die Karten weg, so erscheint nun der fixirte Streifen dunkelgrau. H. beweist, dass dies ebensowenig, wie die

Digitized by Google

simultane Induction Folge von Ermüdung sei; sondern durch die plötzlich in der nächsten Nähe des Streifens auftretende lebhafte Dissimilirung erfährt die Assimilirung an der Stelle des Streifens eine Begünstigung (successiver Contrast). Ganz ähnlich wie die Schwarz-Weiss-Empfindung lassen sich die Farbenempfindungen, von denen H. vier: grün, roth, blau, gelb als Grundfarben, weil sie ohne jeden Beigeschmack einer anderen Farbe vorkommen können, betrachtet, anordnen. Ausser diesen ebengenannten Farben sind alle übrigen Mischfarben, die aus Mischungen folgender vier Reihen: blauroth, rothgelb, gelbgrün, grünblau hervorgehen. Je nach der grösseren oder geringeren Beimischung einer bestimmten schwarzweissen Mischung werden die Farben in der Nuance, je nach der grösseren Beimischung von Weiss und geringeren Beimischung von Schwarz in der Helligkeit differiren. Die eben erwähnten sechs Grundempfindungen ordnet H. zu 3 Paaren an, wobei jedem einzelnen Paare ein Dissimilirungs- und Assimilirungsprocess besonderer Art entspricht und zwar: schwarzweiss, blaugelb, grünroth. Die Sehsubstanz kann somit als ein Gemisch dreier chemisch verschiedener Substanzen, oder als eine homogene Substanz, die jedoch 3 verschiedene Arten der Dissimilirung und Assimilirung zulässt, aufgefasst werden. Alle Strahlen des sichtbaren Spectrums wirken dissimilirend auf die schwarzweisse Substanz, aber in verschiedenem Grade. Jede der 3 Substanzen sieht also, könnte man sagen, ihr besonderes Spectrum; im wirklichen Spectrum liegen diese drei Spectra gleichsam über und in einander. Das Spectrum der schwarzweissen Substanz ist am weissesten und hellsten in Gelb, und nimmt nach beiden Seiten an Helligkeit ab. Das Spectrum der blaugelben Substanz besitzt einen gelben und blauen Theil. Zwischen beiden liegt eine Stelle, die für blaugelbe Substanz lichtlos ist; das ist die Stelle des reinen Grüns. Das Spectrum der grünrothen Substanz zerfällt in 2 Theile; zwei rothe Seitentheile und einen mittleren grünen Theil. Es enthält somit 2 Stellen, welche für die grünrothe Substanz lichtlos sind: die Stelle des reinen Gelbs und die des reinen Blaus. Gemischtes Licht erscheint farblos, wenn Dissimilirungs- und Assimilirungsmoment gleich stark sind, und sich daher gegenseitig aufheben. Zwei objective Lichtarten, welche zusammen Weiss geben, sind daher nicht complementär, sondern antagonistisch. Die jedesmalige Beschaffenheit der Sehsubstanz, wonach sie eine bestimmte Farbe zur Wahrnehmung gelangen zu lassen besonders befähigt ist, nennt H. Stimmung der Sehsubstanz, und zwar sei dieselbe neutral, wenn das Sehorgan einige Zeit vor äusseren Reizen geschützt geblieben, wo also in allen 3 Sehsubstanzen die Assimilirung und Dissimilirung gleich gross war. Wird ein Theil des zuvor neutral gestimmten Sehorganes durch farbiges Licht gereizt, so wird dieser Theil so umgestimmt, dass nach beendigter Reizung die Erregbarkeit für die eben empfundene Farbe kleiner ist, als die Erregbarkeit für die Gegenfarbe. Farbenblindheit erklärt H. für Fehlen einer Sehsubstanz. Dem Rothblinden

Digitized by Google

fehlt die rothgrüne Sehsubstanz, oder dieselbe ist nur in sehr geringem Masse vorhanden; deshalb sieht er farblos, was ein Anderer roth oder grün sieht. In allen Mischfarben, die Roth oder Grün enthalten, sieht er nur Gelb und Blau.

69. In einem Aufsatze „**Beiträge zur Farbenlehre**“ veröffentlicht Woinow (Arch. f. Ophthalmologie XXI. 1, S. 223) eine neue Theorie der Farbenempfindung, die in Manchem mit Hering's Theorie (vergl. das vorhergehende Referat) übereinstimmt. Dieselbe unterscheidet sich von der Young-Helmholtz'schen Theorie namentlich in 3 Punkten. 1. Nimmt W. farben- und lichtempfindende Elemente (Zapfen und Stäbchen der Netzhaut) an. Die äusserste Peripherie der Netzhaut enthält nur lichtempfindende Elemente; 2. unterscheidet W. statt drei vier farbenempfindende Elemente, roth, gelb, grün, blau. Die Roth und Grün empfindenden Elemente sind besonders zart: am wenigsten widerstandsfähig und stehen zu einander, so wie blau und gelb, in einer viel näheren Beziehung, als zu den anderen Elementen; 3. behauptet W., dass die einzelnen farbenempfindenden Elemente in der Retina verschieden angeordnet seien, und zwar sind im Centrum der Retina alle Elemente vertreten, dieselben nehmen jedoch gegen die Peripherie an Quantität ab, und fehlen an der äussersten Peripherie vollständig. Die Zone vor der äussersten Peripherie der Netzhaut enthält nur gelb- und blauempfindende Elemente. Bei verschiedenen Personen zeigt die Anordnung der Farbenelemente in jedem Auge, selbst in jedem Meridian des Auges, eine Verschiedenheit. Was die Anomalien der Farbenempfindung anbelangt, so hält W. die Benennung Farbenblindheit, Achromatopsie, sowie die Namen Roth- und Grünblindheit theils für zu weit gehend, theils für nicht genug bezeichnend und schlägt „Chromatopseudopsie“ als richtigere Bezeichnung vor. Er unterscheidet von letzterer eine einfache und eine gemischte Form. Zu ersterer gehören die 4 Arten: Roth-, Grün-, Blau- und Gelbblindheit; zur zweiten gehören alle Zustände, bei denen 2 oder mehr Gruppen farbenempfindender Elemente als unthätig anzunehmen sind. Jede dieser zu 2 Gruppen gehörenden Arten kann absolut oder relativ sein, wobei man von letzterer mehrere Stufen zu unterscheiden hat. Fehlen alle farbenempfindenden Elemente, so hat man es mit einer wahren Achromatopsie zu thun. Von allen Objecten wird in solchen Fällen nur Lichtempfindung hervorgerufen werden. Alle Anomalien der Farbenempfindung können sowohl angeboren, als erworben sein. Zur Diagnose derselben eignet sich die Maxwell'sche Methode am besten.

70. **Die Bestimmung einer der drei Grundfarben des gesunden Auges** versuchte Schöler unter Helmholtz's Anleitung (Arch. f. Ophthalmologie XX, 2. S. 87) mittels eines eigens arrangirten Spectroskops vorzunehmen. Er fand, dass spectrales Grünblau von einem schmalen medialen Saum der Retina als blendend weiss, bei weniger peripherer Einstellung des Auges aber als grünlichgelb empfunden werde. Das in Rede stehende

Digitized by Google

Grünblau liegt nahe der Fraunhofer'schen Linie F nach b hin. Das diesem Grünblau complementäre Roth, welches hart an das äusserste Spectralroth angrenzt, erscheint an der Peripherie der Retina bei forcirter Innenwendung des Auges, aber nicht farblos weiss, sondern weisslichgrau. Dieses Roth ist also die eine der drei Grundfarben.

71. In einem Aufsatze „**zur Farbenempfindung**" spricht Dr. Schön (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 29, 1874) über die Farbenstörung bei der Atrophie des Sehnervs und durch Gebrauch von Santonin. Was erstere anbelangt, erklärt Sch. die Annahme eines Daltonismus, als Charakteristikon der Atrophie, für unhaltbar. Opticusatrophien wirken nicht specifisch auf eine Farbenempfindung, sondern setzen die Erregbarkeit sämmtlicher Fasern um eine gleiche Quote herab. Die entgegengesetzte Wirkung trete bei Santoningebrauch ein; sowie die Atrophie die Erregbarkeit sämmtlicher Nervenfasern um eine gleiche Quote herabsetzt, so steigert Santonin dieselbe um eine gleiche Quote. Da die Wirkungsweise von Santonin auf einer erhöhten Blutzufuhr und auf gesteigertem Stoffwechsel beruht, so sei es demnach in allen Fällen, wo die Amblyopie mit Anämirung des Gewebes einhergehe, also namentlich bei Intoxicationsamblyopien, indicirt. Sch. wendet das Natron santonic. in einer Dosis von 0·2—0·4 an.

72. Ueber den **Einfluss der Ermüdung auf die Farbenempfindung** experimentirte Schön (Arch. f. Ophthalm. XX, 2. S. 273). Er ermüdete mit Spectrallicht einer Farbe ein Netzhautviereck, und bestimmte nach einer gewissen Zeit (10″), mit welcher Intensität desselben Lichtes ein intactes Netzhautviereck beleuchtet werden musste, damit beide Eindrücke gleich waren. Das Verhältniss der Helligkeit des ersteren zum zweiten war für Grün = 1 : 0·39, für Roth = 1 : 0·43, für Blau = 1 : 0·31 Schon nach 3—5 Secunden hatte durch Ermüdung der Netzhaut für alle Farben der Eindruck ungefähr die Hälfte seiner Intensität verloren; von da ab sank er jedoch nur langsam. Für Roth war die Ermüdung am geringsten, für Blau am stärksten.

73. **Ein Fall von Cysticercus cellulosae subretinalis.** Von R. Ihlo. Inaug.-Diss.

Der Verfasser hatte Gelegenheit, einen Cysticercus subretinalis vom Tage seiner Einwanderung bis zur Enucleatio bulbi durch mehrere Monate fast täglich zu beobachten. Das Entozoon befand sich in dem linken Auge eines 23jährigen Mädchens, welches eines Morgens beim Erwachen von der Erblindung jenes Auges überrascht wurde, nachdem es Tags zuvor noch vollkommen gut gesehen. Bei der Untersuchung fand sich an der Stelle der Macula lutea eine fast kreisrunde Cysticercusblase von beiläufig drei Papillendurchmessern, über welche sich die Retina hinüberzog. Im Glaskörper waren wenige feine Opacitäten. Schon zehn Tage nach der ersten Untersuchung war der Cysticercus, der constant an die Papille

Digitized by Google

heranrückte, dieser so nahe, dass bei der Untersuchung im aufrechten Bilde die Ränder der Blase und des Opticus gleichzeitig im Gesichtsfelde erschienen und nach weitern 4 Tagen stand die Blase dicht am Opticus. Sechs Wochen nach seiner Einwanderung war das Entozoon vollständig ausgebrochen. Im Glaskörper trat eine Menge regelmässig runder, fast stecknadelkopfgrosser, durch kleine Abstände von einander getrennter Punkte und durch Fäden verbundener Trübungen auf, die eine vielfach durchbrochene Membran zusammenzusetzen schienen. Fünf Monate nach dem Stande der Erkrankung konnte man an der Macula lutea eine Ellipse von weissbläulicher Farbe sehen, deren verticaler Durchmesser der halben, deren horizontaler Durchmesser der doppelten Papillenhöhe glich, und welche von einem schmalen weissen Saume, ähnlich dem Scleralringe der Papille, umgeben war. Von der inneren Grenze dieser Figur ging eine diffuse weisse Trübung aus, welche auch die Papille deckte.

Eine halbe Papillenhöhe über die Ellipse lag der stark prominirende Cysticercus, von abgelöster Netzhaut bedeckt. Acht Monate war das Entozoon im Auge, als wegen heftiger Schmerzen die Enucleation gemacht wurde. Es zeigte sich der Glaskörper weisslich getrübt; die Trübung war bedingt durch die Anwesenheit zahlreicher Zellen, die theils amöboiden Elementen glichen, theils eine langgestreckte oder sternförmige Gestalt besassen. Zwischen den Zellen waren auch zahlreiche Fäserchen von dem Aussehen der Bindegewebesfibrillen. An der Stelle der Macula war eine dreischenklige, narbig vertiefte Stelle, an welcher die Netzhaut in der Breite von 2—3 Mm. unterbrochen und durch ein sehr festes Narbengewebe ersetzt war. Die Cysticercusblase hatte die Grösse einer kleinen Linse; beim Ablösen des Glaskörpers folgte sie diesem und löste sich von der Wand des Bulbus ab, an welcher nunmehr eine runde Vertiefung von circa 2 Mm. Durchmesser sichtbar ward. Der Boden der Grube war von einem dichten Narbengewebe gebildet, welches der Chorioidea fest anlagerte. An der Aussenseite des von dem Narbengewebe im Umfange der Grube gebildeten Ringwalles stieg die Retina empor, um auf der Höhe desselben zu enden, indem sie mit der Cysticercuskapsel verschmolz. Die Retina war somit hier von einer der Grösse des Cysticercus entsprechenden Oeffnung durchbrochen. In der Nähe der beiden Durchbruchsstellen der Retina zeigte sich eine stärkere Entwicklung des bindegewebigen Gerüstes; übrigens schien ihre Structur nicht wesentlich verändert. In der Chorioidea bestanden entsprechend dem Sitze des Cysticercus entzündliche Veränderungen. Schnabel.

74. Die Refraction von 3036 Augen von Schulkindern mit Rücksicht auf den Uebergang der Hypermetropie in Myopie. Von Conrad. Leipzig 1876.

Conrad untersuchte während des Winterhalbjahres 1874—75 zu Königsberg an den Schülern dreier Gymnasien 3036 Augen auf ihre Refraction und Sehschärfe. Die Untersuchung mit dem Augenspiegel ergab

Digitized by Google

47·47 % Hypermetropen, 29·94 % Emmetropen und 22·33 % Myopen. An den Augen der Schüler der niedrigsten Classe wurde bei 70 % Hypermetropie, bei 25 % Emmetropie und bei 4·3 % Myopie durch den Spiegel nachgewiesen; in der höchsten Classe dagegen ergab dieselbe Methode der Untersuchung Hypermetropie bei 22·9 %, Emmetropie bei 24·6 % und Myopie bei 51·7 %. Auf dem Wege von Octava zu Prima haben 50 %, also die Hälfte aller Augen aufgehört hypermetropisch zu sein und hat sich die Häufigkeitszahl der Myopie von 4·3 % auf 51·7 % gehoben. Unter den im 6.—7. Lebensjahre stehenden Schülern ergab die Spiegeluntersuchung Myopie bei 4·7 %, unter den 18jährigen Schülern bei 48·7 %; in den ersten beiden Schuljahren bestand Myopie bei 7·7 %, im neunten Schuljahre bei 48·9 %. In der Octava betrug die Myopie bei 84·6 % der Myopischen $\frac{1}{\infty}$—$\frac{1}{25}$ und bei 15·4 % $\frac{1}{24}$—$\frac{1}{13}$; höhere Grade von Myopie kamen in dieser Classe nicht vor. In der Prima bestand bei 23·4 % der Myopen M $\frac{1}{\infty}$ — $\frac{1}{25}$, bei 29 % M $\frac{1}{24}$—$\frac{1}{13}$, bei 24·2 M $\frac{1}{12}$—$\frac{1}{10}$, bei 4·85 % M $\frac{1}{9}$—$\frac{1}{8}$, bei 13·7 % M $\frac{1}{7}$—$\frac{1}{6}$ und bei 4·85 % M > $\frac{1}{6}$. Der Durchschnittsgrad der Myopie betrug in der Octava $\frac{1}{38·6}$ in VII. $\frac{1}{36·3}$, in VI. $\frac{1}{34·4}$ in V. $\frac{1}{37·7}$, in IV. $\frac{1}{32}$, in III. $\frac{1}{27}$, in II. $\frac{1}{21·5}$, in I. $\frac{1}{18·8}$.

Unter allen untersuchten Augen befanden sich 83·20 % mit S = 1, 7·08 % mit S = $\frac{2}{3}$ und 9·72 % mit S < $\frac{2}{3}$; unter den myopischen Augen allein hatten nur 73·33 % S = 1, 13·69 % S = $\frac{2}{3}$ und 12·98 % S < $\frac{2}{3}$. Volle Sehschärfe kam bei 82·41 % derjenigen vor, deren Myopie zwischen $\frac{1}{\infty}$ und $\frac{1}{25}$ betrug; M $\frac{1}{24}$—$\frac{1}{13}$ war nur bei 75·64 %, M $\frac{1}{12}$—$\frac{1}{10}$ bei 57·14 %, M $\frac{1}{9}$—$\frac{1}{8}$ bei 66·67 %, M $\frac{1}{7}$—$\frac{1}{6}$ bei 45·65 %, M > 6 bei 31·71 % mit S = 1 verbunden. Nur bei 28·17 % aller Myopen bestand ein Conus; ein solcher fand sich auch bei 3·41 % der Emmetropen und bei 1·6 % der Hypermetropen.

Conrad fand die Percentzahl der Emmetropen in allen Classen, Lebens- und Schuljahren annähernd gleich, die Zahl der Myopen in beständiger Zu-, die der Hypermetropen in beständiger Abnahme. Er meint daher, dass die Hypermetropen und nicht die Emmetropen myopisch werden und dass sich dies dadurch erklären lasse, dass die emmetropischen Kinder vom Sehen in grosser Nähe keinen Vortheil haben, während die Hypermetropen den Nachtheil ihrer Refractionsanomalie und der häufig damit verbundenen Amblyopie durch grosse Netzhautbilder, also grosse Annäherung der Objecte zu compensiren suchen. Dies Bestreben führt zu vorgebeugter Kopfhaltung, excessiver Accommodationsanstrengung, kurz zu denjenigen Schädlichkeiten, welche die Entwicklung der Myopie fördern.

Sehr interessant ist die Gegenüberstellung der Refractionsverhältnisse, welche C. durch die Spiegeluntersuchung, und derjenigen, welche er durch die Sehschärfenbestimmung gefunden hat, der wirklichen und der scheinbaren Refraction. Es ergibt sich daraus, dass die Refraction ungemein häufig durch unwillkürliche Accommodation grösser erscheint, als sie wirklich ist

Digitized by Google

C. hat bei allen Augen die Refraction sowohl durch den Spiegel als durch Leseproben bestimmt und gefunden, dass unter den 3036 Schüleraugen 11·76 % hypermetropisch, 55·01 % emmetropisch und 32·97 % myopisch erschienen, wenn mit ihnen Leseproben angestellt wurden, während der Spiegel, wie früher erwähnt, 47·47 % H, 29·94 % E und 22·33 % M erwies. Bezüglich der übrigen Tabellen muss auf das Original verwiesen werden. Schnabel.

75. Der therapeutische Werth des Alauns für die Erkrankungen der Conjunctiva. Von Dr. H. Magnus in Breslau. (Deutsche med. Wochenschr., II. der prakt. Arzt, 1876.)

Obgleich gegenwärtig wenig in Gebrauch, ist doch die Wirkung des Alauns bei einer ganzen Reihe von Erkrankungen der Conjunctiva eine überaus günstige und seine Anwendung für den Patienten sowohl wie für den Arzt eine sehr bequeme und angenehme. Der Verf. gebraucht den Alaun in Substanz in Form eines Stiftes, welcher sich sehr leicht aus grösseren krystallisirten Stücken durch Feilen und Schleifen herstellen lässt.

Die Anwendung des Alaunstiftes ist bei allen katarrhalischen Zuständen der Conjunctiva angezeigt. Sowohl bei den leichteren Formen des gewöhnlichen Bindehautkatarrhs, wie auch bei den complicirteren des Schwellungskatarrhs, des Cat. muco-purulentus gebraucht M. den Alaunstift mit dem besten Erfolge statt der früheren starken Zink- oder mittleren Argentumlösung. Ebenso günstig wirkt er bei den chronischen Conjunctivalkatarrhen, sowie bei den sogen. trocknen Katarrhen und den leichteren und mittleren Graden der Conjunctivitis granulosa.

Die Vortheile, welche die Behandlung mit dem Alaunstift darbietet, beruhen zum Theil in der stets anwendbaren Stiftform, welche eine genaue Localisirung z. B. bei dem angulären Conjunctivalkatarrh und je nach der Handhabung desselben eine mildere oder kräftigere Einwirkung ermöglicht. Man überstreicht langsamer und nachdrücklicher bei chronischen, bei Schwellungskatarrhen, bei Conjunctivitis granulosa, schneller und leichter bei acutentzündlichen Conjunctivalerkrankungen. Hauptsächlich ist er aber deshalb dem Kupferstift vorzuziehen, weil er weniger und schneller vorübergehenden Schmerz hervorruft und doch dieselbe günstige Wirkung hat. Schwarz.

76. Behandlung der Thränenfistel. Von Notta. (L'année médicale 1876. No. 8. Centralbl. f. Chirurg. 1856, Referat von Girard.)

G. hat lange Zeit die Thränenfistel mittelst langsamer Dilatation des can. nasalis behandelt; aber dieses Verfahren braucht 4 bis 6 Monate zur Heilung, und kann nur von intelligenten Patienten oder vom Arzt selbst besorgt werden. Verf. hat daher mit der vollständigen Zerstörung des Thränensackes durch Aetzmittel Versuche gemacht, obgleich viele hervorragende Chirurgen, z. B. Nélaton, sich sehr bestimmt dagegen ausgesprochen haben. Er verfuhr folgendermassen: nach Dilatation der Fistel

Digitized by Google

und des oberen Theiles des Sackes mit einem Laminariastift führt er bis unterhalb der Orbicularissehne ein weizenkorngrosses Stück von Chlorzinkpaste oder ein mit ChlorAntimon imbibirtes Charpiebäuschchen; über das Aetzmittel kommt ein trockenes Charpiekügelchen. Es tritt nun ein ziemlich lebhafter Schmerz und Schwellung der Augenlider ein; das Aetzmittel wird am folgenden Tage entfernt und einige Tage lang begnügt man sich mit Warmwasserumschlägen. Nach 2—3 Wochen tritt volle Heilung ein. Von üblen Zufällen hat G. bei 22 Fällen nie etwas bemerkt, die Heilung war vollständig, nur bei kaltem trockenem Wind verblieb ein geringes Thränenfliessen. Schwarz.

77. Miscellen aus der oculistischen Praxis. Von Goldzieher. (Pester Mediz. Chir. Pr. 1876, Nr. 33.)

1. Ein Kind, das mit einem Trinkglase spielte, fiel zu Boden und verletzte sich durch einen Glassplitter, der über dem obern Lide eindrang. Nach Entfernung desselben drängte sich aus der Wunde ein Körper von Haselnussgrösse. Derselbe lag oberhalb des äussern Lidbandes, war dunkelfleischroth, prallgespannt und musste nach Lage und Grösse als die vorgefallene Thränendrüse angesprochen werden. Er konnte nicht reponirt werden und wurde abgetragen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte jene Voraussetzung. G. erklärt den Mechanismus, durch welchen der Vorfall zu Stande gekommen, folgendermassen. Im Momente des Sturzes und der gleichzeitigen Verletzung wurde der Bulbus durch das eindringende Glasstück mit grosser Gewalt nach abwärts gedrängt. Dieser Druck pflanzte sich auf das Orbitalgewebe fort und bei der Unzusammendrückbarkeit desselben musste, wenn der Bulbus nicht platzen sollte, ein Theil des Orbitalinhalts durch die schmale Wundpforte gepresst werden.

2. G. beobachtete bei einer Frau mit paralytischem Lagophthalmus eine vollständige Aufhebung der Thränensecretion auf der von der Facialislähmung betroffenen Seite. Nach Heilung der Lähmung soll sich die Trockenheit des Auges wieder allmälig verloren haben. Diese vereinzelte Beobachtung soll nur einen kleinen Beitrag zur Erörterung der bisher noch ungelösten Frage nach demjenigen Nerven bringen, welcher der Secretion der Thränendrüse vorsteht. Schnabel.

78. Ueber eine neue therapeutische Verwendung des Physostigmin. Von Laqueur. (Centralblatt f. d. med. Wissens. Nr. 24, 1876.)

Bekanntlich veranlasst die Einträufelung von Atropin in ein zu Glaucom disponirtes Auge zuweilen den plötzlichen Eintritt glaucomatöser Drucksteigerung. Um zu prüfen, ob das Calabaralcaloid sich auch in seinem Einflusse auf den Stand des Augendruckes als Antagonist des Atropins verhalte, stellte L. bei 5 Individuen mit Glaucoma simplex und in einem Falle von Secundärglaucom Versuche an, welche ergaben, dass constant nach 3—4tägiger Application des Physostigimin eine deut-

Digitized by Google

liche Herabsetzung des pathologisch erhöhten Augendruckes eintrat, welche bis zum 8. und 10. Tage zunahm und bei nicht ganz erloschenem Sehvermögen zu einer ansehnlichen Verbesserung der Sehschärfe führte. Am nicht glaucomat. Menschenauge und am normalen Kaninchenauge beeinflusste das Physostigmin den Stand des Augendruckes nicht. Die druckvermindernde Wirkung erklärt sich nach L. höchst wahrscheinlich durch eine directe Reizung der glatten Muskelfasern der Chorioidealgefässe.

L. hält die method. Einträufelung des Physostigmin für indicirt: 1. in Fällen von Glauc. simpl., in welchen die Iris und Kammer keine Abnormität zeigen, weil in diesen erfahrungsgemäss die Iridektomie wirkungslos ist; 2. in allen Glaucomfällen, in welchen nach der Iridektomie die Spannungsveränderung ausblieb; 3. in jenen Fällen von Secundärglaucom, in welchen die Iris nicht durch vordere oder hintere Synechien theilweise fixirt ist. Schnabel.

79. Lähmung der Retina. Von J. H. Arbuckle. (The Brit. Medic. Journ. 1876, 10. Juni.)

Ein Mädchen erblindete am linken Auge vollständig, nachdem sie acht Tage zuvor Schmerzen in demselben empfunden, während des Verlaufes zweier Tage. Weder die äussere, noch auch die ophthalmoskopische Untersuchung konnte einen Unterschied im Befunde des erblindeten linken und des normal functionirenden rechten Auges nachweisen. Nur eine leichte Schmerzhaftigkeit bei Druck bestand links. A. verordnete vollständige Ruhe, tröpfelte Atropin in's linke Auge und liess die Kranke innerlich Hydr. bichl. gr. j.; Kali jod. unc. j.; infus. gentian. unc. octo in der Weise nehmen, dass eine halbe Unze täglich verbraucht wurde. Nach 14 Tagen war die Kranke vollkommen hergestellt. A. sieht die Erblindung als eine Lähmung in Folge von Ueberanstrengung an. Schnabel.

80. Die syphilitischen Augenkrankheiten. Von Dr. Hock. (Wien. Klinik. März 1876. Ref. d. Vierteljahrschrift für Derm. u. Syph. 1876.)

Gewisse Augenerkrankungen sind Folgezustände syphilitischer Leiden, z. B. Neuritis optica Folge von Gehirnlues, andere stellen Localisationen der Syphilis dar, z. B. Iritis, welche in 4—5% der Fälle von Syphilis vorkommt. Erkrankungen der Lider, der Bindehaut und des Tarsus sind selten. Als syphilitische Hornhauterkrankungen sind zu erwähnen die Keratit. interstit. diffusa (nach Hutchinson in hereditärer Syphilis begründet, welche Anschauung Hock widerlegt), dann eine interstitielle Keratitis, welche neben Iritis s. vorkommt und durch den Mangel an Gefässerscheinungen, durch ihr partielles, randständiges Auftreten und durch die rasche Rückbildung bei Mercurialbehandlung gekennzeichnet ist, ferner die von Mauthner angeführte Keratitis punct. mit punktförmigen Infiltraten in der Substantia propria der Hornhaut, schliesslich die Malacia corneae, die im Zerfall der Hornhaut ohne nachweisbare Entzündungserscheinungen besteht, bei hereditärer Syphilis. Am wichtig-

Digitized by Google

sten, weil häufigsten, ist die Iritis, deren einziges specifisches, doch selten auftretendes Symptom die Gummata sind, welche unter dem Mikroskope sich als aus Granulationsgewebe, wie die Gummata anderer Körperstellen, bestehend zeigten.

Als charakteristisch für den Verlauf der Iritis specif. bezeichnet Verf. die häufigen Recidiven und die schleichende Weise, in welcher die Entzündung zuweilen auftritt, so dass sie von den Kranken häufig übersehen wird und erst durch die folgende Amblyopie die Aufmerksamkeit derselben erregt. Die wichtigsten Complicationen sind Chorioiditis, Cyclitis und Retinitis. Die Prognose bei Iritis syph. ist schlechter als die der Iritis idiopathica, doch ist sie bei der inveterirten Syphilis günstiger als im Beginne des constitutionellen Leidens; dafür disponirt sie im ersteren Falle mehr zu Retinitis.

Therapie: In milde verlaufenden Fällen ist Sublimat angezeigt; wird es nicht vertragen, ist Gefahr im Verzuge oder bei Recidive die Inunctionscur. Locale Behandlung: Atropineinträufelung (1 : 120 Wasser) in leichteren Fällen 2 Mal täglich, in schwereren 2stündlich einzuträufeln. Wirkt Atropineinträufelung nicht, sind Blutegel am Platze, gegen den Schmerz Morphininjectionen, Kataplasmen erst im späteren Verlaufe.

Ueber die Aderhautleiden bemerkt Verf., dass sie zu den gefährlichsten gehören und Inunctionscur dringend erheischen. Die Chorioiditis serosa hat mit dem (nebenbei getrübten) Glaskörper nichts zu schaffen. Bei der Chorioiditis exsudativa gibt es eine Form, bei welcher das Sehvermögen intact, das braune Pigment jedoch in grossem Umfange in schwarzes umgewandelt ist. Die Prognose der Chorioidealerkrankungen in Folge von Syphilis ist besser als die jener in Folge anderer Ursachen.

Die Retinitis syph. besteht in einer gleichmässigen Verschleierung des ganzen Augengrundes, hervorgerufen durch eine äusserst zarte, staubartige Trübung des Glaskörpers in seinem hinteren Theile ohne nachweisbare Veränderungen der Netzhaut, und unterscheidet sich durch diesen Umstand von der Retinitis diffusa, mit welcher sie andere Autoren verwechseln. Dieselbe ist mit ringförmigen Skotomen in Verbindung und zeigt eine grosse Neigung zu Recidiven. Es gibt übrigens noch andere Formen von Retinitis syph., sowie Fälle, wo bei Anwesenheit von centralen Skotomen Verengerungen der Netzhautarterien (analog dem Heubner'schen Befunde an den Hirnarterien) vom Verf. gefunden wurden. Ausserdem gibt Verf. noch Darstellungen der Periostitis orbitae syph., der Neuritis optic., der Atroph. nerv. optic., der Augenmuskelerkrankungen und Thränensackleiden, so weit sie mit Syphilis in Verbindung stehen. Emanuel Kohn.

81. Beobachtungen über Anomalien des Geschmacks, der Tastempfindungen und der Speichelsecretion in Folge von Erkrankungen der Paukenhöhle. Eine physiol.-pathol. Studie von Dr. Victor Urbantschitsch. Stuttgart, Enke, 1876.

Digitized by Google

Im Verhältniss zur grossen Häufigkeit der Paukenhöhlenaffection finden sich in der Literatur Störungen des Geschmackes nur in wenigen Fällen angeführt. Dies bewog Verf., eingehende Untersuchungen über den Gegenstand anzustellen, um die Häufigkeit und den Charakter der bei Ohrenaffectionen vorkommenden Geschmacksanomalien zu studiren. Die Prüfung des Geschmacksvermögens wurde mit concentrirten Lösungen von Kochsalz, Zucker, Weinsteinsäure und Chinin vorgenommen. Die Lösungen wurden mit einem feinen Haarpinsel vorsichtig auf die zu untersuchende Stelle der Mundschleimhaut aufgetragen. Die untersuchte Person musste, so lange ein Geschmackseindruck vorhanden, den Mund offen halten, speciell bei Bepinselung der vorderen Zungenhälfte dieselbe aus dem Munde hervorgestreckt lassen. Behufs Angabe erhielt der Betreffende einen Zettel in die Hand, auf dem die Worte: „Süss, Sauer, Salz, Bitter" aufgeschrieben waren, und musste nach der Einpinselung eines dieser vier Worte bezeichnen. Der Mund wurde häufig ausgespült. Der Prüfung unterworfen wurden folgende Stellen: Der vom Munde aus sichtbare Theil der hinteren Rachenwand, uvula, arcus palatoglossus, weicher und harter Gaumen, Rücken und Seiten des vorderen, mittleren und hinteren Zungendrittels, Zungenbasis zu beiden Seiten, Frenulum und Wangenschleimhaut. Es wurde besonders beachtet, wenn die Geschmackseindrücke nicht gleich, sondern erst einige Secunden nach der Einpinselung auftraten.

Die Geschmacksintensität ist gewöhnlich am stärksten an den Zungenrändern, am arcus palatoglossus und am weichen Gaumen. Ausserdem kann Geschmack auch an der Mitte der Zungenoberfläche, an der Wangenschleimhaut und der hinteren Rachenwand ermittelt werden. Das Geschmacksvermögen für die einzelnen Substanzen ist bei verschiedenen Individuen und an verschiedenen Stellen verschieden. Statt des Geschmacks entsteht bei manchen Individuen eine Geruchsempfindung. Die Geschmacklosigkeit der Wangenschleimhaut ist im kindlichen Alter häufig vorhanden, fehlt jedoch stets bei Erwachsenen, ebenso schmeckt der Gaumen bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen.

Bei Geschmacksprüfung von Ohrenkranken wurden alle oben erwähnten Cautelen angewandt. Von 65 Untersuchten wurden 15 wegen ungenauer Angaben eliminirt. Von den übrigen 50 hatten 6 beiderseitige, 44 einseitige Erkrankungen, 19 Mal rechts, 25 Mal links. In 44 Fällen war eitriger Paukenhöhlenkatarrh, worunter 9 mit Polypenbildung, 2 Fälle mit Caries und Nekrose der Paukenhöhle. In den übrigen 6 Fällen war die Entzündung vollständig beendet und hatte 4 Mal bleibende Perforation und 2 Mal Narben im Trommelfell hinterlassen. Die Dauer der Affectionen schwankte zwischen 3 Tagen und 36 Jahren.

Geschmacksalienationen fanden sich bei 46 Patienten, in vier Fällen war der Geschmack beiderseits gleich. Die letzteren hatten einseitigen eitrigen Katarrh der Paukenhöhle von 6 Wochen bis zu 8 Jahren. Die Veränderung an der kranken Seite trat in den 46 Fällen 38 Mal als Ver-

Digitized by Google

minderung auf, 3 Mal als Steigerung, 5 Mal als theilweise Verminderung und theilweise Steigerung. Die Verminderung charakterisirte sich entweder durch geringere Perceptionsfähigkeit oder durch spätes Eintreten (bis 15 Sec.) oder kürzere Dauer als auf der gesunden Seite. In manchen Fällen fehlte die Perception vollständig. Bei bilateralen Affectionen war beiderseitige Störung der Geschmacksempfindung, jedoch von verschiedener Intensität. In einem solchen Falle (Tabelle II 7) trat bei Application der Weinsteinsäure bei verminderter Geschmacksempfindung ein stechender Schmerz auf.

Die Verminderung betraf nicht stets in gleicher Weise alle Theile und war auch für die verschiedenen Substanzen verschieden, was wohl auf verschiedene Arten von Geschmacksnerven schliessen lässt. Während sich in 24 Fällen die Herabsetzung des Geschmacks mit Verminderung des Tastsinns verband, war in den übrigen 22 letzterer normal. In einem Falle war normaler Geschmack bei vollkommener Anästhesie der betreffenden Zungenhälfte. Die beobachteten Störungen sind daher nicht als von einander abhängige, sondern als gleichzeitige aufzufassen.

Die Annahme, dass die vorhandenen Geschmacksstörungen durch Krankheiten der Paukenhöhlen bedingt sind, findet, abgesehen von dem häufigen Zusammentreffen, auch besonders dadurch eine Stütze, dass in 2 Fällen nach vollendeter Genesung der Geschmack auf der kranken Seite zur Norm zurückkehrte. Beim Ausspritzen des Ohrs, bei Polypenoperationen, bei Anwendung der Elektricität gehören Geschmacksempfindungen der betreffenden Seite nicht zu den Seltenheiten, andererseits können auch Mund und Rachen treffende Reize im Ohr empfunden werden.

Durch den Plexus tympanicus besteht nicht allein eine Verbindung des neunten Gehirnnerven mit dem ganglion oticum, sondern auch mit dem Trigeminus, der vom ganglion oticum die Rami communicantes erhält, so dass daher auf dem Wege des N. Jacobsonii, N. petr. superf. minor. und der Rami communicantes ein Austausch der Fasern zwischen IX. und III. Hirnnerven möglich ist. Indem nun in der Bahn beider Nerven sowohl Geschmacks- wie Tastnerven verlaufen, ist es wohl erklärlich, dass von der Paukenhöhle aus durch Einwirkung auf den Plexus tympanicus und auf die chorda tympani Störungen des Geschmacks und Tastgefühls im Gebiete des N. lingualis und N. glossopharyngeus erfolgen können. Diese Annahme bestätigt sich auch durch einige Fälle, in denen nach Einblasung pulverförmiger Substanzen, wie Alaun, und Plumbum aceticum in die Paukenhöhle Geschmacksempfindungen an der hinteren Rachenwand entstanden. Es müssen daher die Fälle von Geschmacksanomalien auf pathologische Zustände des plexus tympanicus bezogen werden. In Fällen, wo keine Geschmacksveränderung vorkommt, ist plexus tympanicus und N. Jacobsonii wohl jeder Einwirkung entzogen, was wohl stets der Fall sein wird, wenn sie, wie es unregelmässig vorkommt, in einem eigenen

Digitized by Google

Knochencanal verlaufen, der zwar bisweilen Lücken hat, bisweilen aber auch geschlossen vorkommt.

Ausser den Geschmacksanomalien hat Verf. auch bei Polypenoperationen und Pulverinsufflationen vermehrte Speichelsecretion beobachtet. Diese erklärt sich durch Reizung der Chorda und des Nervus petrosus superf. minor. Auch Reizung des Nervus tympanicus glossopharyngei könnte reflectorisch Speichelsecretion hervorrufen.

Auch bei einfachen Mittelohrkatarrhen konnte Verf. in vielen Fällen Geschmacksanomalien nachweisen, wurde sogar durch die Ergebnisse von Prüfungen angeblich Gesunder bisweilen erst auf die Untersuchung des Ohres hingewiesen.

Endlich wurde in einem Falle von eitrigem Katarrh eine trophische Störung auf der betreffenden Zungenhälfte, bestehend in einem auffallend dichten Epithelialbelag, beobachtet.

Zum Schlusse folgen dann noch ein Resumé und vier Tabellen, von denen die erste die Untersuchungen an gesunden Individuen, die zweite Geschmacks- und Tastempfindungen von Patienten mit eitrigem Paukenhöhlenkatarrh, die dritte Geschmacksempfindungen bei Patienten mit einfachem Katarrh in extenso mittheilte. Eine vierte Tabelle bezweckt die übersichtliche Zusammenstellung der erreichten Resultate. Michael

82. Ueber eine neue Form des künstlichen Trommelfells. Von Dr. A. Hartmann in Berlin. (Arch. f. Ohrenh. XI. Bd. S. 167. 1876.)

Die Wirkung der bei Perforation des Trommelfells angewandten künstlichen Membran besteht bekanntlich darin, dass die Reste des Trommelfells und die Gehörknöchelchen durch einen auf sie ausgeübten Druck ihre in Folge pathologischer Lage herbeigeführte herabgesetzte Schwingungsfähigkeit zum Theile wieder erlangen. An Stelle des bisher benützten Toynbee'schen künstlichen Trommelfells versuchte Verfasser die Einführung dünner, mit Watte umwickelte Fischbeinstäbchen u. zw. in der Weise, dass dieselben in Form einer Schlinge umgebogen, bis an den Trommelfellrest vorgeschoben werden, wobei die beiden Schenkel der Schlinge, durch die sie umhüllende Watte mit einander innig verbunden, zur Einführung der Schlinge dienen. Referent fand wiederholt Gelegenheit, die von Hartmann empfohlenen Fischbeinschlingen mit Nutzen zu verwenden. Urbantschitsch.

83. Zur Tenotomie des Tensor tympani. Von Prof. Schwartze in Halle. (Archiv f. Ohrenh. XI. Bd. S. 124.)

Während Weber-Liel und nach ihm Gruber von der Durchschneidung der Sehne des Trommelfellspanners zum grossen Theile sehr günstige Erfolge beobachteten, gibt Verfasser an, dass er in keinem einzigen der von ihm operirten Fälle irgend einen bleibenden, günstigen Erfolg erzielen konnte, womit auch die Erfahrungen anderer Collegen übereinstimmen. Zuweilen können sogar im Gegentheile nach der Operation

Digitized by Google

hochgradige Hörverschlechterungen und Verschlimmerung der subjectiven Geräusche entstehen. Der Grund der Misserfolge der Tenotomie kann theils darin liegen, dass nebst der Verkürzung der Sehne des Trommelfellspanners noch Adhäsivprocesse in der Paukenhöhle, Verdickung der Membran des runden Fensters, Synostose des Steigbügels mit dem ovalen Fenster etc. bestehen, theils ist zu befürchten, dass nach Wiederverwachsung der durchschnittenen Sehne sogar eine gesteigerte Verkürzung erfolge und dadurch der ursprünglichen Zustand sich noch verschlimmere. Eher wäre der Ansicht von Tröltsch zufolge von der partiellen Ablösung der Sehne des Trommelfellspanners in solchen Fällen etwas zu erwarten, in denen der Tensor tympani abnorm tief nach unten verbreitert am Hammergriffe inserirt. Diese theilweise Ablösung entspräche ungefähr einer Insertionsveränderung des Muskels bei der v. Gräfe'schen Schieloperation. Urbantschitsch.

84. Die elektrolytische Behandlung der Kehlkopfgeschwülste. Von Dr. C. Mermagen in Bad Neuenahr. (Monatschrift für Ohrenheilkunde, sowie für Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Luftröhren-Krankheiten, 1876.)

Den Grund zu seiner vorliegenden Arbeit hat Verfasser in der Fieber'schen Publication über elektrolytische Zerstörung von Kehlkopfgeschwülsten gefunden. Er misst dem Umstande, dass Fieber in dieser Methode eine wesentliche Erleichterung der Operation erblickt, so zwar, dass sie in dieser Form auch dem mit der Operationstechnik nicht Vertrauten ohne Weiteres zugänglich sei, eine Bedeutung bei, die eine „nähere Beleuchtung" des Verfahrens wohl rechtfertige. Er bemerkt sodann, dass dies Verfahren „allerdings in seiner Anwendung auf Geschwülste des Kehlkopfes neu" sei, auch keine erhebliche Gefahren mit sich führe. Verf. gibt zu, dass mittels der Elektrolyse Geschwülste überhaupt zerstört werden könnten, und erwähnt, dass Paul Bruns bei Nasen- und Rachen-Polypen dies Verfahren bereits zur vollen Geltung gebracht habe.

Für Kehlkopfgeschwülste jedoch könnten solche Umstände keineswegs den Schwerpunkt abgeben; es handle sich hier vor allen Dingen und lediglich darum, „mit dem Operationsinstrumente ungehindert bis zu der betreffenden Neubildung zu gelangen". Nach Angabe Fieber's falle diese Schwierigkeit bei dessen Methode ganz weg, der Operateur müsse nur befähigt sein, „mittelst des Laryngoskops das Gebilde, das er vor sich hat, zu erkennen". Verf. hebt hierauf mit Recht hervor, dass diese Fähigkeit noch keineswegs genüge, intralaryngeale Operationen auszuführen, das Durchstechen kleiner Geschwülste mittelst einer Nadel, besonders bei uneingeübten Patienten, die Fieber vorwiegend im Auge habe, gebe für den „versirten Operateur" Schwierigkeiten genug ab. Dazu komme noch, dass Fieber gerade die kleinen Geschwülste jenem Verfahren vorzugs-

Digitized by Google

weise unterworfen wissen wolle und dem Mindergeübten rathe, „bei grösseren Tumoren zuerst einen Theil mittelst des Messers und den Rest mittelst Elektrolyse zu entfernen“. Verf. betont hierbei den Widerspruch, der sich in dem Fieber'schen Verfahren finde; Fieber empfehle zuerst, weil die Anwendung des Messers von Seiten des Ungeübten zu gefährlich sei, die Elektropunktur anzuwenden, und dann, damit diese zur Anwendung gelangen könne, vorerst sich des Messers zu bedienen. Es sei vorzüglich zu beachten, ob der Kranke das Einführen, resp. Verweilen eines Instrumentes in seinem Kehlkopfe gestatte oder nicht. Und da sei wirklich nicht einzusehen, warum ein mit einem grösseren Tumor behafteter Kehlkopf einem ungeübten Operateur den Eingriff mit dem Messer ohne Weiteres verstatten sollte. Es erfordere demnach die Ausführung der vorgeschlagenen Operationsweise entweder einen geübten Kehlkopf oder einen geübten Operateur.

Die gedeckte Nadel, die für den Ungübten vor Allem in Frage komme, stelle ein ebenso voluminöses Instrument, wie andere dar, und da sei es nicht klar, wie gerade dieses Instrument die Intoleranz des Kranken so zu beseitigen vermögen solle, dass kleine Polypen mit Sicherheit erreicht werden könnten.

Die weitere Frage, wie sich der Larynx während des elektrolytischen Vorganges selbst verhalte, sei nicht minder wichtig. Bei jeder anderen Operationsweise sei die Zeitdauer dieser eine verschwindend kleine, während „die Elektrolyse in ihrer Wirkung einer gewissen Zeit bedürfe und so besondere Anforderungen an die Toleranz des Kehlkopfes stelle“.

Verf. referirt sodann über zwei Fälle, in denen er die Elektrolyse in Anwendung zog. Der erste betraf eine 44jährige Frau, die „zwischen den Aryknorpeln eine mit breiter Basis aufsitzende, stark bohnengrosse Geschwulst, welche nach vorn und oben in's Kehlkopflumen hineinragte und eine jener papillären Bindegewebswucherungen oder Schwielen darstellte, wie sie bei Phthisikern gerade an dieser Stelle häufiger zur Beobachtung kommen“, aufwies. Die Pat. war nicht „besonders irritabel“, und der Kehldeckel richtete sich „fast perpendiculär“ auf. Verf. bediente sich zur Operation des in Wien nach Angabe Fieber's angefertigten Instrumentes: als Stromerzeuger diente eine Stöhrer'sche Zink-Kohlenbatterie mit Füllung von doppeltchromsaurem Kali und Schwefelsäure. Den Schluss der Kette, sowie das Einschalten weiterer Elemente besorgte ein College. Die ungedeckte Nadel, die mit dem negativen Pole in Verbindung stand, wurde ungefähr in die Mitte des Tumors eingestossen. Unmittelbar nach diesem Eingriffe erfolgten Würgbewegungen, „die sich beim Kettenschluss und Weiterschieben des Schlussschiebers derart steigerten, dass die Procedur unterbrochen werden musste“; die wirkliche Dauer der Anwendung der Elektrolyse belief sich deshalb nur auf wenige Secunden. Verf. schliesst daraus, dass Fieber erwähne, „die bei elektrolytischer Zerstörung extralaryngealer Geschwülste auf 20 Minuten und

Digitized by Google

darüber bemessene Dauer einer Session hier „„eine sehr bedeutende Reduction““ erfahre“, dieser müsse noch immer eine „bedeutend längere Zeitdauer für das Verweilen eines Instrumentes im Larynx“ als er haben constatiren können.

Zweimal noch machte Verf. in derselben Sitzung denselben Versuch mit ganz gleichem Erfolge; es liess sich nur eine „leicht graue Verfärbung in der unmittelbaren Umgebung der drei dicht neben einander liegenden Einstichstellen“ constatiren. Eine nach 8 Tagen in gleicher Weise wiederholte Sitzung lieferte kein anderes Resultat, weshalb von „weiteren Experimenten in dieser Richtung“ Abstand genommen wurde.

Interessant ist, was Verf. mehr zufällig in diesem Falle Stoerk nachexperimentiren konnte. Er durchstach mittelst einer bis auf die Spitze mittelst Schellacküberzuges isolirten Platinnadel das Lig. conicum und versuchte unter Leitung des Spiegels in die oben beschriebene Geschwulst von unten her einzudringen. Bei einer unvorhergesehenen Bewegung der Patientin berührte er mit der Nadelspitze die hintere Larynxwand und erregte dadurch äusserst heftige und anhaltende Hustentöne, so dass die Nadel unverrichteter Sache wieder ausgezogen werden musste; er bestätigte somit die Stoerk'sche Angabe (s. Mitth. über Asthma bronchiale, p. 101, Stuttgart 1875) in eclatanter Weise.

Die Geschwulst wurde darauf mit dem gedeckten Schlingenschnürer zum grössten Theile entfernt. Nach 4 Monaten war der Rest wieder auf die Hälfte der anfänglichen Grösse gewachsen; doch die Pat. hatte sich der Homöopathie ergeben und liess keine Operation mehr zu.

Das unbefriedigende Resultat der elektrolytischen Behandlung glaubt Verf. mit Recht nicht seiner Ungeschicklichkeit beimessen zu dürfen, da eine technische Ausbildung nicht verlangt sei; zudem sei das Instrument stets in richtiger Weise in die Geschwulst eingestossen worden. Den Misserfolg erblickt er vielmehr darin, dass „das Instrument nicht hinlänglich fest an Ort und Stelle verbleiben konnte“.

Der zweite Fall betraf einen 9jährigen, „ganz intelligenten und anstelligen“ Knaben. Als Ursache lange bestehender Heiserkeit wurde eine „etwa bohnengrosse, blassrothe Wucherung, die von unten kommend, sich genau in den vorderen Winkel eingedrängt hatte“, erkannt.

Einem wiederholten Versuch, mit der gedeckten Nadel einzugehen, antwortete der Knabe mit heftigen Würgbewegungen. Es erfolgte darauf eine 6tägige Einübung des Kranken, nach welcher Zeit die mit dem negativen Pole verbundene Nadel eingeführt werden konnte. Der Moment des Einstichs sowie der Kettenschluss verursachten beständige Würgbewegungen und Schmerzensäusserungen; die Dauer des elektrolytischen Actes betrug nur wenige Secunden. Nach 4 Sitzungen, deren jede mehrere Versuche einschloss, war „die Geschwulst derartig geschrumpft, dass die Stimme wieder ihren Klang erhielt; der Rest des schmutzig verfärbten Polypen stiess sich spontan ab“.

Digitized by Google

Das in diesem Falle erreichte vollkommene Resultat, welches allerdings nur nach Einübung des Patienten erlangt wurde, glaubt Verf. wohl mit Recht weniger der Elektropunktur, als überhaupt der traumatischen Einwirkung der Nadel zuschreiben zu müssen. Er betont dieserhalb, dass das so häufige Durchstechen des kleinen Polypen allein hinreichend sei, um diesen einer spontanen Mortification anheimfallen zu lassen. Ueberdies erwähnt er, dass er nach der 6tägigen Einübung des Patienten ebenso leicht jedes andere Instrument als die Nadel hätte einführen und damit die Geschwulst abtragen können, so dass also dem Fieber'schen Verfahren in diesem Falle kein Vorzug vindicirt werden könnte.

Verf. erklärt ausdrücklich, dass es ihm nicht in den Sinn komme, die von Fieber publicirten Resultate irgendwie anzuzweifeln; doch glaube er annehmen zu müssen, dass Fieber es „in allen Fällen mit ungewöhnlich toleranten Kranken" zu thun gehabt habe.

Mit Recht wirft Verf. noch die Frage auf, warum, wenn es nach Fieber „die Regel" sei, dass „ohne alle Vorbereitung des Patienten" ein Polyp sich mit der Nadel anstechen lasse, die nachträgliche Controle, ob der Polyp richtig gestroffen ist, „gestattet" sei, und die Nadel mit „beneidenswerther Ruhe in ihrer Stelle verharren" könne, dem Operateur „die Selbstverleugnung auferlegt" werde, nicht mit „irgend einem anderen Instrumente" einzugehen und den „gefälligen Polypen mit einem Male" abzutrennen, „er müsse es denn — der Methode zulieb unterlassen". Es sei die elektrolytische Zerstörung von Kehlkopfgeschwülsten ohne Zweifel ein „umständlicheres Verfahren". Abgesehen von einem besonderen Apparate bedürfe man auch noch der Assistenz; drücke auch der Patient selbst den Stromgeber an den Hals, und verlege man auch den Kettenschluss in den Instrumentengriff selbst, so müsse man doch „zur Vermeidung intensiver Schliessungs- und Oeffnungs-Zuckung" die Vermehrung, resp. Verminderung der Zahl der eingeschalteten Elemente immer einem Assistenten überlassen. Fieber glaube zwar der Assistenz bei den geringen Stromstärken, deren man im Larynx bedürfe, entbehren zu können; allein wenn er pag. 10 angebe, dass „durchschnittlich 12 bis 15 Siemens-Halske'sche Bittersalzelemente angewandt und in selteneren Fällen über 20 dieser Elemente eingeschaltet wurden", so seien hierbei Oeffnung und Schliessung des Stromes bei der empfindlichen Kehlkopfschleimhaut immerhin mit so erheblichen Unannehmlichkeiten verknüpft, dass eine Assistenz dringend erwünscht sei.

Im Uebrigen wird jenem Verfahren in seiner Anwendung auf anderen Methoden nicht völlig zugängliche Neoplasmen, wie Ventriculargeschwülste, eine „specifische Berechtigung" gewährt, „indem in solchem Falle durch Nachschrumpfung die nicht unmittelbar erreichbaren Stellen zerstört werden könnten". In der angegebenen Weise aber müsse diese Methode auf diese Berechtigung verzichten; für den geübten Operateur

Digitized by Google

sei sie überflüssig, „weil er bessere Verfahren kenne", und für den Ungeübten sei sie „nicht mehr und nicht weniger leicht ausführbar, als andere Methoden." Wer mit der Nadel einen kleinen Polypen beim uneingeübten Patienten durchsteche, habe sich die nöthige Technik erworben, mit jedem anderen Instrumente die Operation zu vollziehen, und werde daher auf die umständlichere Methode der Elektropunktur verzichten.

Verf. bestreitet schliesslich der Fieber'schen Methode zwar „keineswegs die Möglichkeit eines Erfolges", wohl aber, und mit vollem Recht, einen „praktischen Werth". Max Bresgen.

Dermatologie und Syphilis.

85. Ueber Varicella-Prurigo. (Brit. med. J. 1875, Arch. f. Dermatol. 1876.)

Hutchinson nennt eine bei Kindern vorkommende, auch von Edis (daselbst) beobachtete juckende Eruption von Knötchen, Bläschen und Pusteln, welche kurz nach vorausgegangener Varicella („Schafpocken") oder nach der Vaccination auftritt, Varicella-Prurigo. Er ist der Meinung, dass Varicella u. s. w. wohl ihren infectiösen Charakter verliere, aber bisweilen die Haut reizbar mache und so Prurigo nach sich ziehe, besonders wenn die Varicella länger protahirt oder in mehreren Ausbrüchen nach einander aufgetreten sei.

86. Ueber das Wesen der Impetigo contagiosa (Fox) oder parasitaria (Kohn). Von Geber. (Wiener med. Presse Nr. 23, 24. 1876. Arch. f. Dermatol. 1876.)

Geber beschreibt folgende zwei Fälle:

1. Fall. Am 23. December 1874 wurde der 20jährige G. A., Kellner, ledig, wegen eines Blasenausschlages in Behandlung genommen. Ueber die Ursache des Ausbruches dieser Blaseneruption vermag der Kranke absolut keine Auskunft zu geben. Im Gesichte finden sich zerstreut und ohne bestimmte Anordnung hirsekorn-, linsen- bis pfenniggrosse Blasen vor, von denen die kleineren mit einer wasserklaren Flüssigkeit gefüllt, gespannt aussehen, während die grösseren von ihnen eine mehr runzelige oder beutelförmig hängende Decke besitzen und an der tiefsten Stelle ein milchglasig trübes Aussehen zeigen. Die Umgebung der Blasen blass und sind weder in der Nähe derselben noch sonst wo an der Haut Flecken oder Reizungserscheinungen zu bemerken. Untermengt mit diesen blasigen Stellen finden sich scharf begrenzte, den grössten der oben beschriebenen Blasen gleichkommende, gelbe — gelblichbraune Borken vor, die bisweilen 3—4 Mm. Höhe betragen. Hebt man die honiggelb schimmernden Borken ab, so findet man ein schwach nässendes Rete vor, in dessen Umgebung die Epidermis fransenartig aufgehoben ist. An den mit dunkelbraunen Borken bedeckten Stellen dagegen ist die Unterlage complet überhäutet, die Borke selbst mehr bröckelig. Hie und da, so namentlich an dem Sulcus mentalis, ist an der centralen Stelle einer solchen Plaque

Digitized by Google

die Borke abgefallen, das Rete überhäutet, während in der Peripherie noch eine recentere, honiggelbe, verklebte Masse existirt.

An dem abgeschabten Epidermidalsaume einer etwa stecknadelkopfgrossen Blase fand der Verf. wenig zarte, jedoch unverkennbar deutliche, doppelt contourirte, nicht verzweigte, über zwei Gesichtsfelder hinausziehende Mycelfäden auf einer homogen-trüben Epidermidallamelle auflagernd. Ueberdies fand er gleich Kohn „schotenförmige Fructificationsorgane".

Während aber Kohn die schotenförmigen Fructificationsorgane sammt den Mycelfäden als einen bei Hautkrankeiten noch nicht vorgefundenen Pilz betrachtet, sieht Verf. dieselben als Verunreinigung, als mit dem Wesen des Processes gar nicht zusammenhängend an.

In erster Linie ist ihm das Vorkommen dieser „siliquaförmigen" Gebilde nicht neu, indem er solche schon zu wiederholten Malen und nicht gerade immer dort, wo sich Untersuchungen auf Pilze erstreckten, angetroffen hat, und dann findet er in der Literatur mehrfach verzeichnet, dass ein ganz ähnlicher Pilz sich bei den verschiedenen Mykosisformen der Haut vorgefunden hat, der sich aber immer als eine zufällige Beimengung erwiesen hat, wie dies schon Ch. Robin von der Puccinia favi Ardsten bemerkt.

2. Fall. Am 5. Jänner 1876 wurde Emilie K. wegen eines Blasenausschlages im Gesichte aufgenommen. Ohne vorangegangene Veranlassung hatte sich am Morgen des 17. December 1875 $^1/_2$ Ctm. unter dem rechten Mundwinkel eine erbsengrosse Blase vorgefunden, wozu im Verlaufe desselben Tages an der linken Backe ein diffuses leichtes Jucken getreten ist. Am folgenden Morgen waren an dieser Stelle mehrere Blasen aufgeschossen, die sich bis zum Abende noch um eine ansehnliche Anzahl vermehrten. Etwa am sechsten Tage der Erkrankung hat Patientin jene Gegenden des Gesichtes, wo bereits Blasen vorhanden waren, durch zwei Tage mit Nussöl eingeschmiert.

Im Gesichte finden sich allenthalben zerstreut mohnkorn- bis erbsengrosse, mit klarer Flüssigkeit gefüllte Blasen vor, die im Uebrigen ganz das Aussehen wie die im ersten Falle beschriebenen zeigten. Zumeist stehen die Efflorescenzen isolirt, nur ab und zu bemerkt man, dass zwei bis drei hirsekorngrosse an der Umrandung bis zur Berührung einander nahegerückt und bogenförmig angeordnet sind. An der rechten Kinngegend, sowie an anderen Stellen sind verborkte Plaques anzutreffen, die durch ihre Form, Grösse und Anordnung dafür sprechen, dass sie aus solchen circinären Blasen hervorgegangen sind. Schreitet man in der Besichtigung vom Gesichte gegen den Hals und Nacken vor, so wird man hier ausser den Blasen auch noch Efflorescenzen anderer Art gewahr. Die jüngsten, resp. kleinsten zeigen rundliche, 2—3 Mm. grosse röthliche, im Centrum mit zarten Schüppchen bedeckte Flecken, während die weiter entwickelten, etwa 5—6 Mm. grossen kreisförmigen Stellen deutlich den Charakter des Herpes tonsurans aufweisen. Diese sind im Centrum abgeblasst, mit leicht runzliger Epidermis versehen und tragen an den peripheren Theilen grössere Schüppchen oder mehr den Follikeln entsprechende winzige, bröcklige Börkchen. So geartete Efflorescenzen stehen oft von einander auf grosse Distanz zerstreut und erstrecken sich am Stamme nach rückwärts bis zur Scapularspitze und an den Oberextremitäten bis gegen die Hälfte der Vorderarme. Nur an der Lendengegend findet man noch einen einzigen Kreis von Herpes tonsurans.

Am 14. Jänner waren sämmtliche Efflorescenzen mit Hinterlassung von circumscripten rothen Flecken geschwunden.

Digitized by Google

Verf. glaubt, vom klinischen Standpunkte aus annehmen zu können, dass er sowohl bei den Blasen im Gesichte, wie auch an den übrigen erwähnten Partien nur einen einzigen Process vor sich habe, und dass die allenthalben emporgeschossenen isolirten wie confluirenden Blasen in ihrem Wesen den Herpes tonsurans-Kreisen anzureihen sind.

An abgeschabten Stellen von eben emporgeschossenen kaum mohnkorngrossen Stellen der Haut dieses zweiten Falles fand Verf. zarte, doppeltcontourirte, verschieden lange, zu mehreren neben einander liegende Mycelien vor wie bei Herpes tonsurans.

Von den im ersten Falle erwähnten kolbenförmigen Gebilden aber, die Kohn's Fructificationsorganen so auffallend gleich kommen, konnte Verf. bei all' den übrigen Untersuchungen nichts Aehnliches vorfinden.

Da auch Kohn trotz mannigfacher Untersuchungen denselben nur ein einziges Mal begegnet ist, so glaubt Verf. aus dem Befunde bei Fall 2, und insoferne dieser mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit einen Rückschluss auf das Vorfinden von Mycelfäden bei 1 zulässt, im Allgemeinen annehmen zu dürfen, dass der von Kohn als Impetigo parasitaria bezeichnete Blasenausschlag ein Herpes tonsurans vesiculosus ist, der nur vermöge seines ungewöhnlichen Aussehens fremdartig erscheint.

87. **Modification der Hebra'schen Diachylonsalbe.** Von R. W. Taylor. (Verh. der New-Yorker dermatolog. Ges. 14. December 1875.)

R. W. Taylor demonstrirte in der New-Yorker derm. Ges. ein nach Hebra's Vorschrift bereitetes Ung. Diachyli, wobei statt Olivenöl Mandelöl verwendet und sehr sorgfältig über einem Wasserbade erhitzt worden war. Das Präparat war von sehr gleichmässiger Consistenz und sehr hell.

88. **Behandlung des chronischen Eczems.** Von Wathen. (Med. Times and Gazette. April 29. 1876.)

Wathen schlägt für chronisches Eczem ein Präparat vor, das auf folgende Art bereitet wird: Mit einer Unze geklärten Schmalzes werden 2—3 Drachmen Glycerin verrieben, danach wird so viel Liquor plumbi subacetici zugesetzt, als aufgenommen wird. Verf. rühmt die vorzügliche Wirkung der Salbe bei Pruritus genitalis und ani, Herpes praeputialis und nässendem chronischen Eczem, besonders wenn sie, auf Leinenstreifen gestrichen, in Form der Baynton'schen Einwicklungen angewendet werden kann. Blei-Intoxication ist nie beobachtet.

89. **Ein fieberhafter Fall von allgemeiner schuppender Dermatitis. (Pityriasis rubra.)** Von Sparks. (Brit. med. Journal. 6. Nov. 1875.)

Einen Fall von wahrer Pityriasis rubra (Devergie) mit Fieber und mit Kräfteverfall schildert Sparks bei einem Weibe, welches unter Fieber, Durst, Delirien, Urinverhaltung, Gelenkschmerzen und einer allgemeinen Hyperämie und Abschilferung der Haut in Beobachtung kam. Der Zustand dauerte mit Remissionen ungefähr vier Wochen. Hie und

Digitized by Google

da zeigten sich einzelne Bläschen und Pustelchen. Gegen Ende des Anfalls gingen die Haare in grosser Menge aus.

90. Ueber das Erythema multiforme. Von Pick. (Prager med. Wochenschrift 1876, Nr. 20. Arch. f. Dermatol. 1876.)

Ueber einen Fall von Erythema multiforme Hebra berichtet Pick. Derselbe betraf einen 22jährigen, seit 2 Monaten an Kopfschmerz und Abgeschlagenheit leidenden Mann, der seit 7 Wochen Farbenveränderungen an der Haut zeigte. Bei seiner Aufnahme fanden sich fast über den ganzen Körper verbreitet ringförmige oder ovale, hell- oder lividrothe, 1—2 Mm. breite Zeichnungen, theilweise etwas erhaben; die Röthe schwindet unter dem Fingerdruck vorübergehend. Nirgends Bläschenbildung oder Abschuppung. Die Haut der Vorderarme und Unterschenkel, des Gesichtes und Halses normal.

Auf den intacten Stellen ist man leicht im Stande, die bekannten Druckstreifen (wie bei Urticaria) hervorzurufen. Leichtes Brennen und Jucken. Die Weiterentwicklung geschah so: Die Peripherien erblassten nach und nach, die Centralscheiben gestalteten sich zu Kreisen, im Mittelpunkte traten neue Knötchen auf. Der Turnus für jede Efflorescenz betrug circa 10—14 Tage. Neue Formationen cessirten erst nach 6 Monaten.

Verf. weist auf die von den gewöhnlichen Fällen abweichende Localisation und auf die seltene Dauer der Krankheit in diesem Falle hin und plaidirt ferner dafür, dass es sich bei solchen Processen um einen krankhaften Zustand der Gefässwände (Verringerung ihrer Contractilität) handeln müsse.

Zum Schlusse spricht sich der Verf. gegen die von Kaposi aufgestellte Annahme eines parasitären Ursprungs des Eryth. multiforme aus, indem er einerseits den absolut negativen Befund im vorliegenden Falle, anderseits die Wahrscheinlichkeit betont, dass es sich in Kaposi's Fällen um eine Complication mit Herpes tonsurans gehandelt habe.

91. Vorläufige Mittheilung über das Erythema exsudativum. Von Lewin. (Berliner klin. Wochenschr. 1876, Nr. 23. Arch. f. Dermatol. 1876.)

Ueber denselben Gegenstand gibt Lewin eine vorläufige Mittheilung, in welcher er zu folgenden Sätzen gelangte:

1. Das Erythema exsudativum ist eine vasomotorische Neurose.

2. Dasselbe durchläuft mehrere Entwicklungsphasen:

a) Die Phase des Erythema exsudativum mit rothen Flecken und ihre Metamorphosen, nebst Infiltration des subcutanen Bindegewebes. Meist endet die Krankheit mit Ablauf dieser Phase.

b) Bisweilen treten dazu unter Fieber und rheumatoiden Schmerzen Pustelbildungen auf an den rothen Stellen, welche mit Pocken verwechselt werden können (gerade so wie etwa das erste Stadium des Erythema mult. mit Morbillen? Ref. des Archivs).

c) Es bilden sich entzündliche Gelenksaffectionen aus.

Digitized by Google

d) Entzündliche Affectionen des valvulären Endocardiums.

Als ursächliche Momente des Erythema exsudativum bezeichnet Verf. neben Erkältung (bei einem „nicht unbeträchtlichen" Contingente der Kranken, namentlich Frauen), Entzündung und Ulceration der Urethra. Er sucht diese Behauptung durch klinische Beobachtungen (gleichzeitiges häufiges Vorkommen von Urethralblennorrhöe bei mit Erythem erkrankten Frauen) und das Experiment zu stützen, indem er bei einer schon von Erythem geheilten Frau nach mechanischer Reizung der Harnröhre ein Recidiv von Erythem hervortreten sah. Verf. erklärt demnach das Erythema exsud. für eine vasomotorische Neurose. Auch die gonorrhoische Ophthalmie soll nach dem Verf. bisweilen, sowie die gonorrhoische Arthritis, als vasomotorische Reflex-Neurose aufzufassen sein.

Schliesslich erwähnt Verf., dass das Erythem bisweilen epidemisch auftrete, wahrscheinlich durch ein flüchtiges Contagium erzeugt.

(Dass das Eryth. multif. eine vasomotorische Neurose sei, ist gar keine neue Behauptung. Auch der Ref. des Archivs, Prof. Auspitz, hat in seiner Abhandlung über venöse Stauung von ihm angestellte Versuche, welche sich auf Urticaria- und Erythemaformen bezogen, in dieser Richtung angeführt. Sicher scheint es, dass das Eryth. multiforme eine cyklische Krankheit ist, welche einerseits an die Urticaria den innigsten Anschluss hat, die ja allseitig als vasomotorische Neurose gilt, anderseits zu Extravasationsformen [Purpura] und endlich zu Rheumatosen gleich den letzteren in Beziehung steht. Unter diesen Gesichtspunkten mögen die Angaben Lewin's betrachtet werden — soweit sie sich klinisch und experimentell rechtfertigen lassen. Ref. des Archivs.)

92. Ueber Sclerodermie. Klinische Studie von Dr. Barduzzi. (Giorn. ital. del. mal. vener. e del. pel. Juniheft 1876.)

Der Verf. veröffentlicht folgenden Fall von Sclerodermie:

Emilie F., 27 J. alt, stammt von gesunden Eltern, hat gesunde Geschwister, welche, sowie sie selbst, nie an einer Hauterkrankung, acute Exantheme ausgenommen, litten, menstruirte im 18. Jahre, heiratete im 19. und wurde nach 4 Jahren durch Infection von Seite ihres Mannes mit einem weichen venerischen Geschwüre behaftet, nachdem sie zweimal geboren hatte. Nach der Heilung desselben erkrankte sie an acuter Adenitis. Dieses Leiden ging bald vorüber und genaue Prüfung der anamnestischen Daten, des Status praesens, des Mannes, liessen mit Gewissheit annehmen, dass das erwähnte Leiden mit Syphilis nicht im Nexus war. Kurz nach einer dritten Entbindung gewöhnte sie sich (da es im Spätherbst war) an einen Wärmetopf (Feuerkessel, der unter die Röcke gesteckt wird) ohne dabei Unterhosen zu tragen. Bald jedoch empfand sie Pruritus und Ameisenlaufen am rechten Oberschenkel vorne und oben und in der Inguinalgegend derselben Seite. Daselbst entdeckte sie zufällig, dass die Stelle, wo sie früher die Adenitis hatte, roth und in der Ausdehnung eines 5-Lirestückes hart geworden war. Der Pruritus dehnte sich dann weiter über den Unterschenkel aus, über den Fuss und verband sich mit einem Gefühle von Zerrung in der Streckseite. Sie machte Leinsamen-Umschläge. Die Bewegungen wurden schmerzhaft. Am Fussrücken ward die Haut hart und nahm die Beschaffenheit einer Narbe nach Verbrennung an. Allmälig

Digitized by Google

verbreitete sich diese Verhärtung auf benachbarte Partien. Die erweichenden Kataplasmen und Jodkali (innerlich) brachten keine Besserung. Dem rothlaufartigen Zustande der Haut folgte Abschuppung und Verfärbung, indem sie an einzelnen Stellen dunkler, an anderen lichter ward, als die normale. Das Allgemeinbefinden war gut. Die Menses hatten aufgehört. — Bei der Feststellung des Status praesens fand man das Knochengerüste und die Musculatur gut entwickelt. Puls 62. Die rechte untere Extremität zeigt vom grossen Trochanter an bis zu den Zehen an der vorderen und inneren Fläche ganz, zum Theile auch an der hinteren die Haut glatt, gespannt, die Falten verstrichen, stellenweise weisser als im Normalen, stellenweise lividroth, die kranken von den gesunden Partien deutlich abgegrenzt und wie lackirt. Die Tastempfindung, welche die erkrankte Haut beim Untersuchen darbietet, ist dieselbe, die man von der Hautstelle eines Leichnams bekommt, wo kurz vor dem Tode ein Vesicatoir applicirt worden war (Marcocci). Die Härte der erkrankten Haut ist an der inneren Schenkelfläche, am Fussrücken, in der Inguinalgegend am stärksten, hornartig. Die Extremität scheint um $^1/_5$ schwächer zu sein, als die gesunde. Die Haut ist nicht in Falten aufhebbar. Das Unterhaut-Bindegewebe scheint besonders am Fussrücken geschwunden zu sein. Die subcutanen Venen scheinen mit Ausnahme einzelner Partien der saphena interna nicht durch; der arterielle Blutzufluss ist behindert. Die Schrumpfung der Haut ist am Fussrücken besonders deutlich; daselbst fehlt absolut jede Beweglichkeit der Gelenke, in der Hüfte und im Knie ist sie beschränkt. An einzelnen Stellen schuppt sich die kranke Haut. Die Inguinaldrüsen der leidenden Seite sind vergrössert. — Am äusseren Winkel des linken Auges, unten aussen am Vorderarme sieht man zwei farblose, vertiefte, harte, bei 20 Mm. im Durchmesser grosse Stellen. Die Zehen sind schwer beweglich, nach innen gekrümmt. Tast-, Temperatur- und Schmerzempfindung sind normal, die Schweisssecretion ist etwas vermehrt, die Temperatur und der Harn normal.

An diesen Fall knüpft der Verf. viele Bemerkungen, von denen die wichtigsten folgen:

Das Wesen dieses Leidens ist noch ein Object des Streites der Forscher. Rasmussen betrachtete es als eine Art gutartiger Elephantiasis, welche sich von dieser dadurch unterscheidet, dass bei ihr Neubildung von Bindegewebe um die kleinsten Arterien (bei Elephantiasis auch um die Capillaren) stattfindet. Er unterschied zwei Perioden, die erste der allmäligen oder stossweisen Infiltration (Oedema lymphaticum, Virchow), welche auch unbemerkt vorübergehen kann, die zweite der Atrophie des Unterhautbindegewebes. Der ganze Process ist bedingt in Leukaemie des Individuums. Diese Anschauung ist nach Ansicht des Verf. falsch, sie basirt blos auf anatomischen Daten und lässt die klinischen Thatsachen ausser Acht. Ball hat noch auf die Anchylose von Gelenken in der Nähe der ergriffenen Hautpartien in einzelnen Krankheitsfällen aufmerksam gemacht, welche nach seiner Ansicht von der Starrheit der leidenden Haut herrühren, nach Verneuil dagegen Pseudoanchylosen sind, in Folge von die Sklerodermie begleitendem chronischem Rheuma; sogar zur Atrophie von Knochen soll es kommen. Lepine, Charcot und Dufour behaupten, dass die Pathogenese dieses Leidens auf eine Erkrankung der trophischen Elemente der Nervencentra zurückzuführen sei; Bazin führt es auf Arthritis zurück und Chalvet auf Erkrankung

Digitized by Google

der medulla spinalis (durch Nekroskopie festgestellt). Hallopeau findet Aehnlichkeiten zwischen diesem Zustande und der einseitigen Atrophie des Gesichtes.

Symptomatologie. Die Hauptcharaktere sind: Härte, Verdünnung, Schwund, starke Spannung der Haut. Die Härte kann an In- und Extensität variiren. Sie erstreckt sich zuweilen über Extremitäten, Stamm, Gesicht, die Mucosa; in einem Falle ergriff sie die Zunge, in einem anderen die Haut des Penis. Die Form der erkrankten Partien kann äusserst mannigfaltig sein. Oedem begleitet zuweilen die Verhärtung, zuweilen geht es ihr voraus, aber gleichzeitig mit ihr besteht Schwund der Haut, in Folge dessen letztere sehr hart, unbeweglich, den subcutanen Geweben auffallend nahegerückt erscheint, der ein Gefühl starker Spannung und Unausführbarkeit einzelner Bewegungen veranlasst. Erkrankt auch die Haut des Gesichtes, dann bekommt dieses einen starren Ausdruck (la face de Niobe, Alibert). Die Nägel krümmen sich, werden konisch, hart, unbiegsam. Dabei wird die Haut an einzelnen Stellen dünn, an anderen dick in Folge collateralen Oedems durch Verschluss der feinsten Arterien. Erkrankt das Gesicht, wird das Kauen, erkrankt die Zunge, das Schlucken schwer, erkrankt die Haut des Thorax, kann es sogar zur Dyspnoë kommen. Die Farbe der Haut bleibt entweder normal oder sie wird schmutzig gelb oder braun, oder achromisch. Einzelne violette Flecke, besonders um die Gelenke herum, verdanken (nach Hoerteloup) ihre Entstehung starker Wucherung von Papillen und der Veränderung der über diesen liegenden Epidermis; rothe, kleine, auf Druck verschwindende Flecke kommen von ausgedehnten Gefässchen her, besonders ist die Nähe der Talgdrüsen stark pigmentirt. Auch schmerzhafte Pusteln (besonders in den erkrankten Gegenden der kleinen Gelenke und um die Nägel), pemphigusartige Blasen und kleine hornartige Wucherungen sind beobachtet worden. — Gesunde und kranke Partien gehen oft ohne deutliche Grenze allmälig in einander über. Die Krankheit tritt häufig symmetrisch auf, beginnt im Nacken oder an den Extremitäten. Da das Leiden keinen entzündlichen Charakter hat, sind die erkrankten Partien von normaler Temperatur. Die Sensibilität der befallenen Haut ist meist normal. Anästhesie oder Hyperästhesie derselben selten, die Resorptionsfähigkeit ist normal, die Transspiration meist vermehrt, selten so wie die Absonderung der Hautschmiere vermindert. Alle Körperfunctionen sind in Ordnung bis auf die Menstruation, welche vermindert oder aufgehoben ist. Aehnlichkeit hat das Uebel bisweilen mit Lupus, Keloid, Verbrennungsnarbe, Ichthyosis, chronischer Entzündung, Zellgewebs-Oedem der Neugeborenen, dem Rhinosklerom, der Atrophie der Haut nach Tinea, den Verhärtungen nach alten Geschwüren, Elephantiasis Graecorum, Trophoneurosis facialis, Rheumatismus chronicus. (Näher auf die Differentialdiagnose einzugehen, verbieten Raum und Zweck dieser Blätter.)

Digitized by Google

Als Complicationen der Sklerodermie, welche mit ihr in einem Nexus zu stehen scheinen, sind zu erwähnen: Haemikranie, Neuralgien, Erysipele, Cachexien, Lungenkrankheiten (wenn die Haut des Thorax ergriffen ist). Gleichzeitig hat man neben ihr bemerkt: Variola, Acne, Herpes Zoster, welche auf der kranken Haut so verlaufen wie auf der normalen.

Man unterscheidet je nach dem Umfange der afficirten Partien complete und örtliche Sklerodermie. — Die Entwicklung derselben ist eine allmälige oder rapide mit äusserst verschiedenem Ausgangspunkte. Der Verlauf ist verschieden. Leichte Fälle heilen in einigen Monaten, andere bleiben Monate und Jahre lang stationär, oder die Krankheit schreitet allmälig, aber ununterbrochen fort. Daher ist die Prognose immer reservirt zu stellen. Sie hängt ab vom Alter und der Constitution des Kranken, von der Ausbreitung und dem Sitze der Krankheit und deren Folgen. Das Sklerom ist weder erblich, noch angeboren, noch contagiös, noch von der Lebensweise abhängig, befällt meist Individuen zwischen 20 und 30, seltener zwischen 30 und 40; überwiegend Weiber (wenigstens nach den bisherigen Aufzeichnungen), was wohl mit der doch häufigeren Schwäche des Organismus und verminderter Resistenz gegen Noxen zusammenhängen mag. Doch waren unter den befallenen Weibern auch robuste. Skrophulose und Gicht disponiren zu diesem Leiden. Ein Zusammenhang zwischen Rheuma und Sklerodermie scheint gleichfalls zu bestehen. Als Hauptgelegenheitsursache kann man wohl den Einfluss von Kälte bezeichnen. — Ob das erwähnte Verhalten der Katamenien in einem Nexus mit dem Leiden steht, ist nicht bekannt.

Pathologische Anatomie. Förster, Köhler, Auspitz, Rasmussen fanden im Rete Malpighii reichliche Pigmentzellen, um die Capillaren des Corion und des subcutanen Bindegewebes Scheiden, von Zellenwucherung herrührend, ferner neugebildetes Bindegewebe im Corion und im Fettgewebe. Neumann und Tilbury Fox beobachteten Verdickung des Bindegewebes, Schwund des Fettgewebes bei gleichzeitiger stellenweiser Einstreuung von Narbengewebe in letzteres, Zellenwucherung um die Schweissdrüsen, Hypertrophie der glatten Muskelfasern, Atrophie der Gefässe des Papillarstratums (wahrscheinlich in Folge von Compression durch Wucherung des sie umgebenden Bindegewebes). Rossbach beschreibt hornige Zellen im tiefen Stratum der Epidermis. Hebra und Fieber erwähnen Wucherung des Bindegewebes in den Papillen. Lagrange sagt, dass es sich um einen irritativen Process handle, welcher je nach dem Stadium der Krankheit mehr oder weniger in die Tiefe greift; das Fettgewebe ist verdickt, fast überall sind embryonale Zellen und Leukocyten nicht nur in demselben, sondern auch in dem Periost, den Knochen und Gelenken (als Zeichen chronischer Entzündung) bald entwickelt, bald in Rückbildung vorhanden. Auch findet sich Atrophie einzelner Knochen der an die oberflächliche Sklerose anstossenden oder ihr

Digitized by Google

nahen Gelenke. Der Verf. hält diesen Befund für untergeordnet und für ein Ergebniss der Compression durch die schrumpfende Haut.

Pathogenese. Rasmussen glaubte, die Krankheit sei veranlasst durch fortschreitende Umwandlung der Lymphzellen der Cutis und des subcutanen Bindegewebes im Bindegewebe. Hoerteloup behauptet, dass die vom kranken Sympathicus innervirten, im Zellgewebsstratum liegenden glatten Muskelfasern sich zusammenziehen, und wenn diese Contraction lange dauert, so gehen die dadurch einander genäherten Bindegewebsbalken eine Agglutination ein. Diese Hypothese ist nicht richtig, weil das Leiden besonders dort seinen Sitz hat, wo wenig glatte Muskelfasern vorkommen. Ball hält das Leiden für eine trophische Alteration, welche Fieber noch näher als Trophoneurose bezeichnet, und die Hoerteloup von Veränderungen in den Ganglien des Sympathicus, Coliez von solchen in der grauen Substanz des Rückenmarkes abhängig macht. Für alle diese Hypothesen fehlen Bestätigungen durch Obductionsbefunde, die im Gegentheile (einen Fall ausgenommen, bisher immer) Nerven und Rückenmark intact zeigten. Lagrange meint, dieselbe Ursache, welche den Rheumatismus veranlasse, wirke auf die Haut, das Bindegewebe und die Gelenke. Nach den bisher gemachten Beobachtungen ist es allerdings wahr, dass Erkältung und Rheuma häufig bei diesem Leiden vorkamen; vielleicht, dass sie auch einen Antheil an der Entwicklung desselben haben.

Therapie. Aus dem Vorhergehenden ist ersichtlich, dass es eine exacte Behandlung der Krankheit nicht geben kann. Antiphlogistica, Diaphoretica, Diuretica, Purgantien, Alterantien, Mercurialien, Jodkali, Chinin und Elektricität (der constante Strom) wurden angewendet und wieder aufgegeben, desgleichen Salben mit Extract. cicut., Belladon. mit Narcotic., warme Umschläge, einfache, Dampf- und Arznei-Bäder, Vesicantien, Scarificationen und Incisionen. Sogar zu Amputationen kam es. Heutzutage gibt man interne: Emenagoga, Tonica, Ferruginosa, Chinapräparate, bisweilen je nach Besonderheit des Falles Alcalien, Arsenik etc. Phosphor, besonders Zinc. phosphor. wäre zu versuchen, um die Ernährungs- und Assimilationsfunctionen des Organismus überhaupt, der Haut insbesondere, anzuregen, da dieses Mittel in einzelnen chronischen Hautkrankheiten, Acne, Psoriasis, etc. von Nutzen gewesen ist. Eine entsprechende Extern-Behandlung muss die interne unterstützen.

Emanuel Kohn.

93. Beiträge zur Histologie und Entwicklungsgeschichte der menschlichen Oberhaut und ihrer Anhangsgebilde. Von Dr. Unna. (Arch. f. mikrosk. Unt. XII. Bd. Arch. für Dermat. 1876.)

Unna hat eingehende Untersuchungen über die Epidermis und ihre Anhänge veröffentlicht, welche auf viele Punkte ein neues Licht werfen. Das „Arch. f. Dermatol." fasst die Hauptergebnisse im Folgenden zusammen:

Digitized by Google

Oberhaut. I. Wir haben an der normalen Epidermis 3 durch mehr oder weniger ausgeprägte Uebergänge verbundene Hauptschichten zu unterscheiden: Stachelschicht, Körnerschicht und Hornschicht. Die Stachelschicht besteht aus den Abschnürungsproducten der untersten Cylinderzellenlage. In ihnen treten, während aussen die Stacheln immer mehr zu Zacken sich verkürzen und die Zellen immer dichter sich aneinanderlagern, feine Körner zuerst um den Kern herum auf. Diese beiden Veränderungen gipfeln in der Körnerschicht, worauf die Zellen, wieder von der Zellenmitte aus, sich rasch aufhellen und so die sehr feste und durchscheinende basale Hornschicht (strat. lucid.) darstellen. Diese lockert sich in der Verticalen zu horizontalen, geschichteten Blättern, indem die Zellen sich zu dünneren Bändern ausziehen und hauptsächlich nur noch seitwärts cohäriren: mittlere Hornschicht. Auf diese folgt endlich wieder eine festere, oberflächlichste Lage, Endschicht der Hornschicht, in welcher auch der horizontale Zusammenhang der Zellen nachgibt, wodurch es zur continuirlichen Abschuppung der Epidermis kommt. II. Während für die Umwandlung von Stachelzellen in Körner- und Hornzellen noch unbekannte chemische Veränderungen hypothesirt werden müssen, lassen sich die in der Hornschicht erfolgenden weiteren Veränderungen einfach mechanisch durch die im Vorschube der Zellen nothwendig erfolgende Dehnung durch Oberflächenspannung erklären, einen (histologisch begründeten) allseitig festen Zusammenhang der Epidermiszellen vorausgesetzt. III. Dieselbe Art der Verhornung, wie nach der freien Oberfläche hin, findet auch nach dem Lumen des Schweissdrüsencanales statt, nur dass die Zellen, welche die Canalwandung begrenzen, in etwas tieferem Niveau und in gedrängterer Folge dies Auftreten der Körner, deren Aufhellung u. s. w. zeigen. Daher bestehen die Canalwandungen innerhalb der Oberhaut aus ineinander steckenden Trichtern der verschiedenen Schichten und sind nicht von einer continuirlichen Cuticula (Heynold) ausgekleidet, wie sie der Schweissdrüsencanal innerhalb der Cutis besitzt. Hierbei ist zu bemerken, dass innerhalb der mittleren Hornschicht die Canalwandung aussen noch einen scharf sich abhebenden Zellencylinder als Zuwachs erhält, indem die demnächst auf die basale Hornschicht folgende Lage (stratum superbasale) sich an den Schweissdrüsen entlang bis gegen die Endschicht hinauf erstrecke.

Haar. I. Die Henle'sche Scheide (äusserer Theil der inneren Wurzelscheide des Haares) stellt kein Stratum corneum der äusseren Wurzelscheide dar, sondern gehört genetisch durchaus zur Huxley'schen Scheide; beide zusammen, sowie die ganze innere Wurzelscheide haben einen gemeinsamen, aus körnigen Cylinderzellen bestehenden Mutterboden am untersten Theile des Papillenhalses und der Unterschied zwischen beiden Lagen besteht nur darin, dass die Zellen der äusseren Henle'schen Lagen früher, an der Einschnürung des Haarbalges oberhalb der Papille, bereits in klare Schollen umgewandelt werden. Diese bröckeln langsam

Digitized by Google

am Haarbalghalse ab und zeigen nicht den mindesten Zusammenhang mit den bis hieher sich einsenkenden Zellen der äusseren Körner- und Hornschicht. II. Die nächst höhere Region an der Haarpapille trägt die hellen, körner- und pigmentlosen Mutterzellen der beiden Oberhäutchen, von denen die äussere mit der innern Wurzelscheide, die innere mit dem eigentlichen Haare inniger verbunden ist, welches letztere sich weit rascher, als die innere Wurzelscheide und innerhalb dieser in spiraliger Drehung nach aufwärts bewegt. III. Eine oberste Region an der Papille nehmen die Cylinderzellen ein, aus welchen die Haarzellen selbst hervorgehen, und welche von vornherein in körnigen Pigmentscheiden stecken. Alle 3 Mutterzellenherde sitzen der Papille auf ohne Dazwischenkunft einer homogenen Membran. IV. Unter den Hüllen des Haares ist noch eine Zellenlage besonders hervorzuheben, (neutrale Lage) die innerste Lage der äusseren Wurzelscheide, welche von den übrigen Theilen derselben durch die sehr grossen, cubischen und stärkere Tinction annehmenden Zellen unterschieden ist. Sie spielt eine wesentliche Rolle nur bei der ersten Entstehung des Haares, wo sie als ein vollkommener Mantel den primitiven Haarkegel umgibt. Weiterhin verhornt sie jedoch nicht mit demselben, verliert den Zusammenhang mit ihren Mutterzellen an der Papille, wird von der inneren Scheide sammt dem Haare durchbrochen und passiv an die äussere Scheide gedrückt. V. An den Kopfhaaren findet sich eine Altersveränderung des unteren Balgabschnittes besonders stark ausgeprägt. Die homogene Membran ist enorm verdickt und aus Falten zusammengeschobene Wälle derselben springen ringförmig nach innen vor, die äussere Wurzelscheide in unvollkommene Stockwerke zerklüftend. Dieselbe Altersveränderung in geringerer Ausbildung findet sich an allen Haaren in jeder Lebensperiode, oft verbunden (Vibrissen) mit einer Quellung und Aufhellung der anliegenden Zellen der äusseren Wurzelscheide in der unteren Region des Balges. VI. Während dieser senilen Veränderungen im unteren Balgtheile findet eine starke Neubildbildung junger Epithelzellen im mittleren Theile der äusseren Scheide statt, welche häufig zu Vorbuchtungen dieses Theiles („Wulst" aller Embryonalhaare, Vibrissen) und selbst zu Ausstülpung von Epithelzapfen Veranlassung gibt, aus denen horizontal in der Cutis liegende Haare hervorgehen können (Cilien). VII. Die papillenlose Haarform (Haarkolben Henle's), „Beethaar", welche bisher als ausfallendes, abgestorbenes Haar und nur von Götte als eine noch lebendige, fortwachsende Bildung eigener Art angesehen wurde, ist in der That eine solche, indem sie aus den Stachelzellen der mittleren Balgregion frei hervorwächst, aber sie ist keine selbstständige Bildung, sondern entsteht nur in Anschluss an ein vorangegangenes Papillenhaar. VIII. Schon ehe ein altes Haar die Papille verlässt, hat die innere Wurzelscheide sich bereits von derselben abgelöst, indem ihre Mutterzellen zuerst der Atrophie anheimfallen und so steigen auch weiterhin die äusseren Schichten rascher auf, als die inneren des Haares selbst, was

Digitized by Google

darauf hindeutet, dass eine von aussen angreifende Kraft (Productivität des mittleren Theils der äusseren Wurzelscheide) das Aufsteigen des Haares bewirkt. IX. Wo die innere Wurzelscheide zwischen äusserer und dem eigentlichen Haare aufgestiegen ist, schliessen sich die neugebildeten Zellen der äusseren Scheide unmittelbar dem aufsteigenden Haare an, wodurch das letztere allmälig die Form eines Besens erhält. In der mittleren Region des Balges erreicht der Process seinen Abschluss; die innere Scheide wird nicht weiter in die Höhe geschoben, sowie die jungen Zellen der äusseren einen Ausweg nach oben gefunden haben. So erhebt sich jetzt ein mark- und papillenloser, genau nach dem Typus der Nagelzellen verhornender Haarschaft innerhalb des vom alten Papillenhaar herrührenden Wurzelscheidenrestes, welcher allmälig von oben herab abbröckelt. Der mittlere Theil der äusseren Scheide ist zum „Haarbeete" des neuen „Beethaares" geworden. X. Im Embryonalleben geht die Umwandlung eines Papillenhaares in ein Beethaar genau in derselben Weise vor sich; das präformirte Haarbeet repräsentirt sich hier als ein spindelförmiger oder seitlich aufsitzender, knopfförmiger „Wulst" der äusseren Scheide und ist auch hier durch stärkere Picrocarminfärbung der Cylinderzellen und den Mangel einer homogenen Membran ausgezeichnet. XI. Die beiden sich widerstreitenden Ansichten, dass das junge Papillenhaaar im alten (Kölliker) oder in einem neuen (Stieda) Balge entstehen solle, sind nicht ausschliesslich, sondern beide berechtigt. Bei den Vibrissen, den Cilien junger Individuen findet das letztere, beim Barte und den Lanugohaaren meist das erstere statt. Dort ist die Verdrängung des alten Beethaares die Regel, hier kommt sehr oft das junge Papillenhaar neben dem alten Barthaar zum Balge heraus. Das Zellenmaterial, aus welchem das junge Papillenhaar entsteht, stammt fast stets vom Haarbeet des alten, in das Beetstadium übergetretenen Haares, für den Menschen ist dies der einzige bisher sicher constatirte Vorgang. XII. Der vom Haarbeet ausgehende productive Epithelfortsatz kann entweder den alten Balg wiedergewinnen (Vibrissen, Cilien, Embryonalhaare), oder er dringt an beliebiger anderer Stelle in die Tiefe und schafft sich eine neue untere Balgregion (Bart, Schamhaare, Lanugo) oder endlich der Epithelfortsatz dringt sogar in die Cutis ein und erzeugt ein horizontalliegendes Haar (hauptsächlich Cilien). In allen Fällen wird er durch eine neue Papille eingestülpt zu einem Papillenhaar. Mit zunehmendem Alter nimmt die Neuproduction dieser Papillenhaare bedeutend ab, so dass schliesslich fast nur Beethaare übrig bleiben.

Nagel. I. Die alleinige Matrix des eigentlichen Nagels ist der Boden des Falzes. II. Der Nagel wird in Schichten abgesondert, welche der Nagelmatrix parallel sind und deshalb sowohl im Falze als auf dem Nagelbett eine von hinten oben nach vorn unten schräg herabgehende Lage besitzen. III. Die Dicke des Nagels, verglichen am freien Rande und an dem Punkte, wo die Nagelmatrix aufhört und das Nagelbett be-

Digitized by Google

ginnt, ist vollkommen gleich für den Erwachsenen. IV. Der eigentliche Nagel erhält keinen Zuschuss von der Stachelschicht des Nagelbettes. V. Die Hornschicht, welche den Nagel von der Decke des Falzes trennt, ist vollständig wie an normaler Oberhaut gebildet. VI. Der Nagel selbst entsteht durch einen von der Oberflächenverhornung bedeutend abweichenden Verhornungsprocess. Kleine, zur schrägen Richtung der Nagelschichten senkrecht gestellte Epithelzapfen fliessen zu einer Schicht hellerer Stachelzellen zusammen. In dieser werden die Stacheln immer deutlicher, während die Zellen sich abplatten, wodurch eine stark punktirte, dunklere Uebergangsschicht entsteht. Aus diesen gehen dann endlich die sehr platten, glänzenden und mit feiner Zähnelung versehenen Nagelzellen hervor. VII. In der Entwicklung des Nagels sind 4 Perioden zu unterscheiden: a) das Eponychium oder der primitive Nagel (2.—8. Monat); b) der frei zu Tage tretende, aber noch fest anliegende, eigentliche Nagel (8.—9. Monat); c) der frei sich erhebende Nagel des Neugeborenen; d) der Nagel des Erwachsenen. VIII. Vom 2.—8. Monat vertritt die Stelle des Nagels eine partiell stärkere Verhornung der Oberhaut am Rücken des ersten Fingergliedes.

94. Anatomische Untersuchungen über die Schweissdrüsen des Menschen. (Inaug. Diss. Dorpat 1875. Arch. f. Dermatol. 1876.)

Nach Hörschelmann kommen Schweissdrüsen an allen Körperstellen vor (gegen die bisherigen Angaben auch an der concaven Seite der Ohrmuschel, wo sie früher vermisst wurden). Nie theilen sich an den grossen Drüsen (der Achselhöhle) die Drüsenschläuche dichotomisch. Der Durchmesser des Ausführungsganges ist stets enger als der des Drüsenschlauches. Das Stratum Malpighii senkt sich in Form eines kegelförmigen Fortsatzes zwischen 2 Papillen in die Cutis hinein, dem Ausführungsgang entgegen. Sobald sich beide erreichen, beginnt der Ausführungsgang seine korkzieherartigen Windungen. H. unterscheidet kleine und grosse Schweissdrüsen. Bei letzteren wechseln enge mit weiten Drüsenschläuchen ab, während sie bei den kleinen Drüsen im ganzen Verlaufe gleich bleiben. Muskeln finden sich an allen Schweissdrüsen mit Ausnahme derer der Scheitelhaut. Sie liegen immer dicht unter dem Epithel. Die Epithelzellen sind polyedrisch, das Basalende derselben ist häufig gezackt. Eine Cuticula kommt an ihnen bisweilen vor. Das Epithel im Ausführungsgange besteht bei den keinen Drüsen immer aus einer mindestens zweifachen Zellschicht, welche nach oben an Mächtigkeit zunimmt. Die innerste Zelle trägt constant eine Cuticula.

95. Zur Aetiologie des Impf-Erysipels. Von Dr. Ortenstädt in Bitterfeld. („Der prakt. Arzt", 9. 1876.)

Der thatsächliche Inhalt einer weitern Auseinandersetzung ist folgender: Im kalten Frühjahr 1873 impfte Dr. O. mit Glycerin-Lymphe aus dem k. Impf-Institute in Berlin 3 gesunde Kinder, bei welchen die

Digitized by Google

Impfpusteln am 7. Tage schon ungewöhnlich stark entwickelt waren. Diese 3 Kinder benützte er zur Weiterimpfung, theils von Arm zu Arm, theils auf Stäbchen eingetrocknet, 2—3 Tage nach der Abnahme.

Die vorzeitige Entwicklung der Impfpusteln zeigte sich auch bei den nächsten Impfungen, endlich aber hatte er bei 20 von 41 Impfungen den Ausbruch von vaccinalem Späterysipel zu beklagen, Erysipelas migrans, das in der Mehrzahl der Fälle sich nur auf die ganzen obern Extremitäten ausdehnte, bei wenigen über den ganzen Körper wanderte und in einem Falle ein Erysipelas bullosum war. Zum zweiten Male wurden bereits abgeheilte Stellen nicht wieder befallen.

Alle Kranken litten zugleich an Luftröhren-Katarrh, alle wurden wieder gesund.

Es kamen zur selben Zeit am Impforte öfter Erysipele und erysipelatöse Krankheiten vor, immerhin könnte die erwähnte raschere Entwicklung der Impfpusteln auch die Bedeutung haben, dass schon in der primitiven Lymphe ein specifisch wirkendes Agens enthalten gewesen.

Eisenschitz.

96. Die Uebertragung der Syphilis durch Säuglinge und Ammen und ihre forensischen Beziehungen. Von C. Appol. (G. ital. d. mal. Ven. e del. pel. Augustheft 1876.)

Der V. macht unter Anderem auf den bedeutungsvollen Umstand aufmerksam, dass die Ammen der Ansteckung um so eher erliegen, weil häufig lange Zeit nach der Geburt des Säuglings kein Zeichen der Diathese an demselben bemerkt und während dieser Periode mehr oder weniger vollkommener Latenz der Umgang ohne jede Vorsichtsmassregel gepflogen wird. Handelt es sich um gerichtliche Entscheidungen, so kommt da noch in Betracht, dass die einzelnen Affectionen an sich noch nicht, sondern erst der Verlauf und die Gesammtheit aller Erscheinungen Syphilis zu diagnosticiren berechtigen.

Der V. neigt zur Ansicht derjenigen, welche an ein Bestehen des Pemphig. syph. glauben, der durch Zeit des Auftretens, Dauer, Sitz, Recidiven sich als specifische Krankheit manifestirt. Er tritt beiläufig am 15.—18. Lebenstage auf und ist meist mit ernsten gastro-enterischen Erscheinungen vergesellschaftet. Ueberhaupt zeigen sich die Symptome der congenitalen Syphilis in den ersten 3 Monaten, so dass, wenn Symptome der Diathese nach dieser Periode an einem Kinde beobachtet werden, congenitale Lues mit vieler Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Eine der ersten und in diagnostischer Beziehung wichtigsten Manifestationen constitutioneller Syphilis der Neugeborenen ist die coryza syph. mit folgendem Verlaufe: Anfangs scheint es, als ob das Kind sich erkältet habe, später treten oberflächliche Eruptionen auf der Nasenschleimhaut auf, dann kommt es zu leichtem, aber oft sich wiederholendem Nasenbluten, zu einer reichlichen, serösen Secretion, welche in Krusten zusam-

Digitized by Google

menbackt und die Nasenlöcher verstopft. Nachher bilden sich schrundenförmige, mit Krusten bedeckte Ulcerationen (meist auf der Oberlippe), die Respiration wird schnarchend, erschwert, schliesslich unmöglich, während das Kind saugt. Dann schwillt die Nase an, röthet sich, die Schleimhaut entzündet sich, die Knochen werden ergriffen und es kommt zu bleibenden Entstellungen, wenn nicht früher der Tod ein Ende macht. Bei allem dem hat aber diese Krankheit nichts Specifisches an sich, um sie als ein nur der Syphilis angehörendes Symptom zu diagnosticiren. — Andere Erscheinungen der Lues sieht man an den Schleimhäuten der Lippen, des Mundes, des Anus und der äusseren Haut, welche darum bei der Diagnose besonders in's Auge zu fassen sind. Die wahren syphilitischen erosiven und oft geschwürigen Rhagaden finden sich besonders an den Uebergangsstellen der Haut in die Schleimhaut, können zwischen Falten verborgen sein, mit denen sie parallel sind und in deren Richtung sie sich vergrössern; sie bedecken sich oft mit ganz schwarzen Krusten und sind besonders charakteristisch am Eingange der Mundhöhle.

Man findet sie immer in ausgesprochenen Fällen von Syphilis; sie widerstehen der örtlichen Behandlung, überhäuten sich nur schwer, lassen weisse, glänzende, lineare Narben zurück, sind mit anderen Manifestationen der Lues gleichzeitig, und verursachen beim Saugen so heftige Schmerzen, dass die Kinder dasselbe lieber unterlassen. Sie haben Aehnlichkeit mit linearen, harten Initialaffecten der Syphilis, unterscheiden sich aber von diesen durch ihre grössere Anzahl und durch gleichzeitiges Vorhandensein anderer „secundärer" Formen.

Sowie die Coryza hat auch das Ecthyma syphil. keine specifischen Eigenschaften, um auf dasselbe allein, ohne Berücksichtigung anderer gleichzeitiger Symptome eine Diagnose zu basiren. (Wichtig für den Gerichtsarzt.) Das papulöse Syphilid kommt bei Neugebornen meist am Rande des Mundes oder des Anus vor und entwickelt sich bei hereditärer Syphilis im ersten oder zweiten Monate des Extrauterinlebens. Die Syphiliden der Kinder sind weniger entwickelt, als jene der Erwachsenen, ergreifen leicht die einander gegenüberliegenden Hautstellen, besonders an den Beugeseiten und haben da sehr viel Aehnlichkeit mit den Syphiliden der Schleimhäute. — Das Erythema syph. von Putegnat ist von dem Erythem in Folge von Unreinlichkeit oder aus anderen Gründen schwer zu unterscheiden. — Die Rubeola syph. hat einen so kurzen Verlauf, dass sie nur selten Gegenstand der Beobachtung des Gerichtsarztes wird. Die Rupia syph., Ecthyma profund. oder chronic. sind selten die ersten Manifestationen der Syphilis der Kinder, und um diese Krankheiten als syphilitische zu diagnosticiren, müssen, wie oben gesagt, gleichzeitig andere Symptome der Diathese vorhanden sein. — Die serpiginösen Geschwüre der Haut haben ein specifisches Ansehen, sind beiläufig 2 Mm. breit und lassen weissglänzende „serpiginöse" Narben zurück. — Psoriasis palmar. und plantar. ist bei Kindern ziemlich selten, Onychia und Peri-

Digitized by Google

onychia dagegen häufiger. — — An der Brustwarze der Ammen finden sich Initialformen der Syphilis, gewöhnlich, aber nicht ausschliesslich in Folge des Säugegeschäftes. Die Incubation dauert oft ziemlich lange. Fournier erwähnt sogar eines Falles, in welchem sie 75 Tage gedauert haben soll. (??? Ref.) Das Geschwür kann an verschiedenen Stellen der Warze, des Warzenhofes und der Mamma sitzen. Eigenthümlich ist, dass hier der Initialaffect ein Multiplex sein kann, was durch die Entstehungsursache (das Säugen) erklärt wird, durch welche gleichzeitig oder rasch nach einander Impfungen stattfinden können. Er kann eine Erosion oder ein Geschwür darstellen, ist häufig im letzteren Falle mit einer geborstenen Kruste bedeckt und einer Ecthyma-Efflorescenz ähnlich. Erstere Form findet sich bei Individuen, die zur Zeit der Untersuchung noch das Ammengeschäft pflegen, letzte Form bei solchen, die es bereits aussetzen (für den Gerichtsarzt wichtig). Das Geschwür ist dann gewöhnlich beiläufig kreuzergross, kann aber durch Serpiginismus und Phagedän sein specifisches Aussehen einbüssen; wenn letzteres nicht der Fall ist, tritt das charakteristische Symptom, die Induration, und zwar die hier am häufigsten vorkommende Pergamentinduration so deutlich und fassbar hervor, wie nicht leicht an anderen Körperstellen. Sie bleibt eine verschieden lange Zeit, 6—7 Monate manchmal, nach Heilung des Geschwüres, zurück. (Wichtig für den Gerichtsarzt [in Bezug auf retrospective Diagnosen], der meist die Ammen bereits mit „Secundärsymptomen" behaftet zu Gesicht bekommt und den möglichen Zeitpunkt der Infection zu bestimmen hat. Der Adenitis axillaris oder subpectoralis indolens, welche in solchen Fällen nie fehlt, muss dann besondere Aufmerksamkeit zugewendet werden.) Bei Erörterung der gerichtsärztlichen Nutzanwendungen erinnert V. daran, dass es fast immer die Ammen sind, welche klagend auftreten, indem sie theils mit Recht, theils mit Unrecht die schwere Krankheit in Folge von Sorglosigkeit (oder Verheimlichungen Ref.) der Eltern des Neugeborenen oder auch der betreffenden Familienärzte erworben zu haben behaupten. Die Experten schöpfen bei solchen Anlässen aus drei Quellen: I. aus der Anamnese. Zu dieser gehören alle Umstände, welche sich auf die Gesundheit des Neugeborenen, auf seine Krankheiten, auf die Symptome, welche er darbot, wenn er schon (zur Zeit der Fragestellung) gestorben sein sollte, auf die Ueberbleibsel dieser Symptome, wenn er noch lebt, beziehen.

Auch der moralische Werth jeder der streitenden Parteien ist zu berücksichtigen. Doch hat der Arzt nur Thatsachen zu constatiren und nur von diesen Deductionen abzuleiten, die sich gewissermassen von selbst ergeben, nicht aber sich in Hypothesen zu ergehen. Sind die Thatsachen zweifelhaft und einander widersprechend, so muss er es unverholen äussern.

II. Aus der objectiven Untersuchung des Säuglings. Im Falle derselbe zur Zeit der Fragestellung schon geheilt wäre, keine Spur der

Digitized by Google

Krankheit mehr darböte, sind am meisten die Hypothesen zu meiden, welche zu Irrthümern ante foro führen könnten. Dasselbe gilt, wenn der Säugling in der angegebenen Zeit schon gestorben wäre.

III. Aus der Untersuchung der Amme — die wichtigste Quelle für den Gerichtsarzt, um Wesen und Ursprung der Krankheit (ob von der Amme, ob vom Säugling herzuleiten) genau festzustellen. Dabei sind vor allem sämmtliche tastbaren Lymphdrüsen zu berücksichtigen, was oft weit eher Aufschluss gibt, als die Untersuchung der Genitalien und Leistengegend. Andererseits ist wieder in Betracht zu ziehen, dass das papulöse Syphilid von den „Secundärformen" am häufigsten in der Circumferenz des Anus und der Genitalien sichtbar ist. Sehr wichtig ist die Untersuchung der Brüste, Brustwarzen und der Achseldrüsen, ferner der Kinder der Amme, wie die Beantwortung der Fragen: hat sie mehrmals entbunden? leben ihre Kinder? in welchem Alter waren die verstorbenen? Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein syphilitisches Kind die eigene Mutter beim Säugen nicht anstecken kann, wohl aber die Amme. Die Quelle der Ansteckung kann ein Geschwür der Backen- oder Lippenschleimhaut des Säuglings sein, von welchem sich zur Zeit der Fragestellung wenigstens Spuren finden können. Die „Secundärsymptome" verlaufen bei Säugling und Amme dann ziemlich parallel. Tardieu meint, es solle auch der Mann der letzteren untersucht werden, seine Gesundheit würde gegebenenfalls dafür sprechen, dass der Säugling die Amme angesteckt hat.

Emanuel Kohn.

97. Uebertragung von Syphilis bei der Impfung. Von Taylor in New-York. (Ref. d. Giorn. ital. d. mal ven. August 1876.)

Ein im März 1875 geborenes Kind wurde mit 20 anderen Individuen am 7. November 1875 geimpft. Den Impfstoff lieferte der Board of Health (Gesundheitsamt). Das Instrument war ein gezähnter Scarificator. Die Eltern waren, wie wiederholte Untersuchungen und genaue Erhebungen ergaben, vollkommen gesund. Der Impfarzt hat zwischen den einzelnen Manipulationen sein Instrument nicht gereinigt. Die Impfung jenes Kindes erfolgte unmittelbar nach der Impfung einer Prostituirten; vor ihr wurden noch 6 andere Kinder geimpft, nach jenem Knaben noch 6 Individuen, darunter ein Kind, und nur jenes ward inficirt. Die Impfung verlief normal, am 16. Tage fiel die Kruste ab, aber die Mutter bemerkte, dass eine leichte Excoriation zurückblieb. Diese wurde mit einem reinen Leinwandstückchen verbunden, sie vergrösserte sich jedoch und wurde in den ersten Tagen des December zu einem wahrhaften Geschwüre. Die Mutter allein nährte und pflegte das Kind. Mitte Jänner fing es an abzumagern, litt an Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit. Die Drüsen schwollen an, Flecke und Papeln am After zeigten sich. Quecksilbereinreibungen, Eisen und Chinin interne hatten einen guten Erfolg. Die erwähnte Prostituirte hat den Nachforschungen T's. zufolge zur Zeit der Impfung

Digitized by Google

an Syphilis gelitten und die Uebertragung auf den Knaben geschah durch Blut, welches am Impfschnepper haftete. Daraus ergibt sich wohl von selbst, wie wichtig die Reinheit der Impfinstrumente ist.

Emanuel Kohn.

98. Ein Fall von Gangraena senilis des rechten Hodens nach Fricke'schem Verbande. Von Dr. Schumacher II. (Vierteljahrssch. f. Derm. u. Syph. 1876. 2. Heft.)

Der Fricke'sche Verband wird sehr häufig bei der Behandlung der Nebenhodenentzündung nach Tripper angelegt. Man hat fast immer einen guten Erfolg, fast nie einen Nachtheil, weshalb man bei der Application mit einer gewissen Sorglosigkeit (in Bezug auf das Alter der behandelten Individuen) vorgeht. Dass dies doch nicht am Platze ist, beweist folgender Fall:

Ein 62 Jahre alter, gutgenährter Mann war nach leichteren rheumatischen Affectionen an einer Epididymitis erkrankt. Innerhalb 14 Tagen schwanden die entzündlichen Erscheinungen. Eine Anschwellung blieb zurück und der Fricke'sche Verband ward in schonender Weise angelegt. Die Schmerzen nach der Applicirung waren intensiv, aber erträglich und hatten nach zwei Tagen ganz aufgehört. Am dritten Tage soll unter dem Verbande das Gefühl von Kälterwerden der Geschwulst und Abstumpfung der Empfindung in derselben aufgetreten sein, Patient empfand jedoch keine Belästigung. Am vierten Tage war er wieder munter und guter Dinge, aber der Verband war fast ganz durchnässt von einer hellblutigrothen Flüssigkeit und liess nach seiner sofortigen Abnahme die von ihm vorher umschlossenen Partien des Scrotums als dunkelroth schwärzliche Gebilde erkennen, etwa auf die Hälfte des Umfanges, den sie vor Anlegung des Verbandes hatten, reducirt. (Der Verband scheint also doch etwas zu fest angelegt worden zu sein. Ref.) Die Oberhaut der Geschwulst war zum Theile abgelöst, feucht, geruchlos, das Gewebe des Scrotums weich, aber nicht zerreiblich, unempfindlich auf Drücken oder Kneifen; dumpfes Schmerzgefühl trat nur bei sehr starkem Drucke auf den Hoden, weniger auf den Nebenhoden hervor. Am Samenstrange war Empfindung und Gewebe normal und Pulsation bis zur Geschwulst hin bemerkbar. Wo der obere Rand des Verbandes das Scrotum umschlossen hatte, war durch Einschneiden des ersteren, circulär um den Hodensack herum eine nur die oberflächliche Gewebsschichte freilegende, etwas eiternde und auf Berührung sehr schmerzende Demarcationslinie entstanden, die von dem Befunde, wie er sich in ähnlicher Weise bei manchem Fricke'schen Verbande, der einige Tage gelegen hat, stellenweise zeigt, sonst aber von keiner Bedeutung ist, nicht abwich. Einige Minuten nach Lösung des Verbandes trat zwar etwas lebhaftere Röthung der Geschwulst ein, doch war kein weiteres sicheres Zeichen wiederkehrender Circulation zu beobachten somit hatte man Gangrän vor sich. Es wurde ein Carbolöl-

Digitized by Google

Verband applicirt und nach zwei Tagen trocknete der unterste Theil der Geschwulst krustenförmig ein. Die Eintrocknung schritt nach oben fort, die Demarcationslinie wurde tiefer. Nach einer Woche war die ganze Geschwulst in eine harte, mit dem Messer nicht zu durchschneidende, schwarze Kruste verwandelt. Das Allgemeinbefinden blieb gut. Am Ende der dritten Woche war der schwarze Klumpen wallnussgross und fiel spontan ab. Die kleine Wundfläche der Demarcationslinie verheilte rasch. So hatte der Kranke Hoden und Nebenhoden verloren, da diese beiden Gebilde nachher in dem übrigbleibenden kleinen Scrotalstumpfe nicht mehr zu entdecken waren. Emanuel Kohn.

Staatsarzneikunde, Hygiene.

99. Ueber Arsenparalyse. Von Dr. Scolosaboff, Moskau. (Gazette médicale de Paris 1875, Nr. 32.)

Die Seltenheit der Arsenikparalysen veranlasst den Verfasser, zwei angesprochene Fälle zu veröffentlichen.

Der erste Fall betraf einen 50jährigen Mann, welcher wegen syphilitischer Hautaffectionen auf Anrathen eines Quacksalbers Arsenik in alcoholischer Lösung innerlich sowie Arseniksalbe äusserlich in Anwendung gezogen hatte. Schon nach kurzem Gebrauch geboten gastrische Erscheinungen das Aussetzen des Mittels; 2 Wochen später machten sich die ersten paralytischen Erscheinungen bemerkbar.

Zuerst wurden die Unterschenkel und Unterarme ergriffen; daselbst manifestirte sich eine hochgradige Atrophie der Musculatur, vorzugsweise der Strecker, Herabsetzung der Muskelkraft, Verlust des Gehvermögens sowie Beschränkung im Gebrauch der obern Extremitäten. Cutane Sensibilität, Drucksinn und Temperatursinn stark herabgesetzt, dabei beträchtliche Hyperalgesie der Haut, und lebhafte Schmerzen in der atrophischen Musculatur sowohl in der Ruhelage als besonders bei Bewegung, endlich fortwährendes Kältegefühl in den befallenen Theilen. Allmälig wurden auch die Oberarme und Schenkel von der Lähmung und Atrophie der Musculatur befallen, wobei sich Contracturen der Extremitäten entwickelten. Die elektrische Untersuchung ergab vollkommenen Verlust der faradischen Erregbarkeit, anfänglich normale, später herabgesetzte galvanische. An den Händen, Unterarmen, Füssen und Unterschenkeln machten sich allmälig trophische Störungen in Gestalt von starken Capillarektasien sowie Hautabschilferungen und violetten Makeln bemerkbar. Unter Behandlung mit Jodkali, Bädern und constantem Strom trat nach 2jährigem Bestehen eine geringe Besserung ein, indem die Contracturen wichen und das Gehen langsam wieder möglich wurde; die Alteration der Sensibilität etc. blieb

Digitized by Google

bestehen. Während der ganzen Zeit wurden Störungen der Verdauung, der Athmungsorgane sowie des Urogenital-Systems nicht bemerkt, im Gegentheil contrastirte die blühende Gesichtsfarbe und der kräftige Rumpf auffallend gegen die magern Extremitäten.

Der zweite Fall, der mit dem ersten in fast allen Punkten übereinstimmt, betraf ein Frauenzimmer von 48 Jahren, das bei Pyrosis statt Kreide aus Versehen Rattengift genommen hatte. Hier begannen die paralytischen Erscheinungen schon 5 Tage nach der Vergiftung.

Boese.

100. Magenblutung nach einer Verletzung. Natürliche oder gewaltsame Todesart. Von Professor Maschka. (Prag. med. Wochenschrift Nr. 22, 1876.)

Der angetrunkene Schneider J. wurde am 3. Februar Abends von drei Männern überfallen und mit Stöcken geschlagen. Er trug eine Kopfverletzung davon, die ihn nicht hinderte, am nächsten Tage in's Wirthshaus zu gehen, ohne jedoch zu trinken, weil der Branntwein ihm nicht schmeckte. Den Versuch zu arbeiten, musste er bald aufgeben, um sich in's Bett zu legen. Der Arzt S., am 5. zu J. gerufen, fand eine 1 Zoll lange Hautwunde mit gerissenen Rändern. Die Beinhaut nicht verletzt. Am nächsten Tage soll reichliches, galliges, schwärzliches Erbrechen aufgetreten sein. S. erklärte Tags danach die Wunde für nicht mehr gefährlich und am 10. starb der Kranke, nachdem plötzlich reichliches Bluterbrechen aufgetreten war. Bei der legalen Obduction zeigte sich entsprechend der Kopfverletzung unter den Schädelknochen ein Blutextravasat im Umfang eines Handtellers, Beinhaut und Knochen unverletzt, Hirnhäute verdickt, Gefässe und Hirn blutarm; das Herz mit viel Fett umgeben, Muskel schlaff; Leber vergrössert, derb, graugelb, blass, blutarm; Milz derb, anämisch. Der Magen ausgedehnt, blass; die abstreifbare Schleimhaut von Blutextravasaten durchsetzt, im Magen selbst mehrere Unzen zersetzten Blutes, dasselbe in grosser Menge im Dünn- und Dickdarm. Das erste Gutachten sieht die Kopfwunde als eine leichte an und die Magendarmblutung bedingt durch die Entartung der Unterleibsorgane, ganz unabhängig von der Verletzung. Die Leber sei eine exquisite Fettleber und der Tod ist eine Folge der Trunksucht. Das Obergutachten erklärt die Kopfverletzung ebenfalls für eine leichte, weil die Knochen intact geblieben und die Hirnfunction nicht im Geringsten gestört war. Die Wunde habe keine erhebliche Blutung veranlasst und sei in der besten Heilung gewesen. Der Tod ist eine Folge der profusen Magen- und Darmblutung gewesen; die Ursache dieser Blutung liegt aber hier nicht in einer traumatischen Einwirkung auf die Unterleibsorgane, weil sich Spuren einer solchen im Leben gar nicht gezeigt und bei jedem Trauma hätte die innere Blutung schon früher eintreten müssen und nicht so lange nach derselben. Die Kopfverletzung steht in gar keinem Zusam-

Digitized by Google

menhang mit der innern Blutung, diese ist vielmehr durch den chronischen Alkoholismus entstanden, der sich an der Leiche durch Fettreichthum des Herzens, schlaffe Musculatur, Entartung der Leber und Milz deutlich ausprägte. Diese innere Blutung sei nicht selten das natürliche Ende der chronischen Alkoholvergiftung — und der Verstorbene war ja erwiesenermassen dem Branntweintrunke ergeben gewesen — die durch eine Verfettung oder anderweitige Veränderung der Gefässe bedingt wird.

Baer.

101. Zur Aetiologie der Lungenschwindsucht. Von Dr. C. H. Brunner in Stettin. (Allgem. med. Central-Zeit. 1876, 24.)

Das Hauptgewicht, welches bei den Forschungen der Aetiologie der Lungenschwindsucht bisher hauptsächlich auf Lungen, Thorax, atmosphärische und klimatische Verhältnisse gelegt wurde, hat das Auftauchen eines „specifischen Charakters der Krankheit" verhüten können, wiewohl nach B. weder mechanische noch chemische Luftverunreinigungen, noch auch das Klima als solches Schwindsucht hervorrufen können. Es gebe zwar immune Bevölkerungen, aber keine immunen Gegenden. B. findet, dass trotzdem zwar der Zusammenhang zwischen Scrophulose und Tuberculose anerkannt und das Fett ziemlich allgemein einen wesentlichen Bestandtheil der Phthisistherapie ausmache, auch der innige Zusammenhang zwischen Ernährung und Respiration bekannt sei, doch der Einfluss der Nahrung auf die Entstehung der Phthise nicht genügend berücksichtiget werde. Die Phthise ist für Verf. im Wesentlichen eine Ernährungskrankheit.

„Bekannt" sei die Seltenheit der Schwindsucht in hohen Gebirgsgegenden, bei den Kirgisen und auf Island, sowie auch, dass sie unter den Indianern erst häufiger geworden sei, als diese ihr nomadisirendes Leben aufgegeben hätten. Alle (? Ref.) diese Bevölkerungen und Völkerschaften ernährten sich vorwiegend von animalicher Kost. Selten sei ferner die Schwindsucht in Oldenburg (Viehzucht), in Italien (Käse und Oel fast bei jeder Mahlzeit), bei den Fischfang treibenden Farörn, in Finn- und Lappland, auf St. Helena (kein Ackerbau). „Dagegen ist die Krankheit notorisch besonders häufig" bei Bevölkerungen mit vorwiegend vegetabilischer Nahrung wie in Irland, den ärmeren Volksclassen grosser Städte, Soldaten und Gefangenen.

Mit der Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Nahrung und Entwicklung von Schwindsucht scheint die unzweifelhafte Erblichkeit der Krankheit in Widerspruch zu stehen, aber die Erblichkeit könne nur scheinbar, d. i. durch gleiche Lebensweise bedingt, andererseits nicht immer durch Formveränderungen der Brust erklärt werden und stehen endlich die von der Entwicklung der Athmungsorgane abhängige Respiration und die Ernährung in inniger Wechselwirkung. Für den von B. urgirten Zusammenhang spreche die Seltenheit der Schwindsucht bei Fettleibigen, Säufern und Arthritikern, ihre Häufigkeit bei Diabetikern, Chlorotischen, bei Caries etc.

Digitized by Google

Die Nahrung, im Wesentlichen aus Albuminaten, Fett und Kohlenhydraten bestehend, kann Grund zur Entstehung der Lungenschwindsucht geben durch Mangel an Albuminaten oder Fett oder an beiden und durch Ueberschuss an Kohlehydraten. Beim Zerfall von Eiweiss soll (Voit) Fett entstehen, welches wie das direct eingeführte Fett solches ansetzen kann, während die Kohlehydrate Fett sparen, aber nicht ansetzen machen können. (In was die Kohlehydrate umgewandelt werden, sei noch fraglich). Da also ein Ueberschuss an Kohlehydraten der Abnahme von Fett und Musculatur nicht vorbeugen kann, so „schwindet" nicht nur der Körper in solchem Falle, sondern es müsse auch durch den Ueberschuss von Kohlehydraten eine tiefgreifende Veränderung in der ganzen Säftemasse vor sich gehen. Wenn die Kohlehydrate keine Fettansetzung bewirken können und also im Körper „verbrannt" würden, so müsste Temperatursteigerung, vermehrte Kohlensäurebildung und grössere Venosität des Blutes die Folge davon sein und die Lungen, da in ihnen die Entlastung des Blutes von der Kohlensäure vor sich geht, mehr in Anspruch genommen werden, wenn eben nicht eine allgemeine Constitutionserkrankung dadurch entstehen solle. Dafür spräche auch die Schwindsucht, welche entstehe bei Blutleere der Lungen in Folge angeborener Insufficienz der art. pulmon.; bei paralytischem Thorax; bei Kellerbewohnern (mehr Ausscheidung von Kohlensäure durch die kohlensäurereichere Kellerluft), bei aus tropischen Gegenden in höhere Breiten versetzten Thieren und Menschen (die niedere Temperatur bewirkt Mehrzufuhr von Kohlehydraten, welchen Anforderungen die Lungen nicht genügen könnten) etc. Daraus folge in prophylaktischer und therapeutischer Beziehung die — längst empirisch bewährte — Nothwendigkeit einer zweckmässigen Nahrung aus Fett und Eiweiss (Fleisch, Fett, Milch, Eier, Käse), tiefer Inspirationen, einer Gymnastik der Athemmusculatur.

Bettelheim.

102. Die Kindersterblichkeit. Von Dr. Oesterlen. (Neue illustrirte Jugend- und Volksbibliothek Nr. 8, 1876.)

In dieser dem Zwecke entsprechenden populären Arbeit wird die ungeheuere Kindersterblichkeit, namentlich in Württemberg, constatirt und sucht der Verf. die Ursachen derselben, sowie die Mittel, welche gegen diese ungünstigen Verhältnisse anzuwenden wären, anzugeben. Nach Majer's (München) Zusammenstellungen sterben von 100 Lebendgeborenen im ersten Lebensjahre in Norwegen 10, in England 15, in Frankreich 17, in Preussen 20, in Italien 22, in Oesterreich 25, in Baiern 32, und in Württemberg 35. In Deutschland sterben die meisten Kinder im Juli und August, die wenigsten im Spätherbst und Winter, also gerade das Gegentheil wie bei den Erwachsenen. Die Zahl der Todesfälle unter den Unehelichen ist in allen Ländern grösser als unter den ehelichen Kindern. Die Sterblichkeit unter den Erstgeborenen ist grösser als die unter den

Digitized by Google

Nachgeborenen, bei den Juden geringer als bei den Christen, bei Knaben grösser als bei Mädchen. Grosse Fruchtbarkeit an Kindern hängt mit grosser Sterblichkeit zusammen. Ebenso unrichtig als gefährlich nennt Verf. den Satz, dass mit der Höhe des Wohnortes auch die Kindersterblichkeit steige; es gibt genug hochgelegene Orte, die das Gegentheil beweisen, und ausserdem fordere er zum Nichtsthun auf. Verf. geisselt die Unsitte, dass die meisten Mütter ihren Kindern aus nichtigen Motiven die Brust verwehren. In München sollen von 100 im ersten Lebensjahre Verstorbenen nur 15 an der Mutterbrust, 85 dagegen ohne diese ernährt worden sein. Aus Oberschwaben theilt Dr. Volz in Ulm mit, dass es in einer dortigen Ortschaft seit vielen Jahren auch nicht ein einziges Mal vorgekommen ist, dass eine Mutter ihrem Kinde die Brust gereicht hätte, und daher auch, trotz des dort herrschenden Wohlstandes, die enorme Kindersterblichkeit von 40—50 Percent daselbst. Im baierischen Bezirksamt Abendsberg sind von 705 lebend geborenen Kindern innerhalb des ersten Lebensjahres 360 gestorben, von denen nur 10 in ärztlicher Behandlung waren!! Oesterlen bespricht die Surrogate der Muttermilch, und eifert gegen die sogenannten Frühtaufen. Er resumirt das Gesagte dahin, dass Elend, Unwissenheit, Aberglauben und Unsittlichkeit die Quelle aller dieser Uebel bilde, und nur durch die möglichste Behebung dieser Schäden auch die Sterblichkeit der Kinder herabgemindert werden könne. Hermann Hertzka.

103. Ueber den Werth der Zahlen in der Impfstatistik. Von Dr. Fr. W. Lorinser. (W. med. Wochenschr. 38—42. 1876.)

Der ausgesprochene Zweck der Arbeit Lorinser's ist, der Gefahr zu begegnen, dass man auch in Oesterreich die unglückselige Institution der Zwangsimpfung einführe.

L. kritisirt die Arbeit des k. k. Ober-Sanitätsrathes Dr. Schneller über den „Werth der Impfung in Zahlen".

Es wird „constatirt", dass der letztere, wie die Impffreunde überhaupt, die Grundprincipien jeder vernünftigen Statistik ignoriren.

1. Morbilität. Schneller behauptet, es erkrankt ein unverhältnissmässig viel grösseres Percent von den ungeimpften Bewohnern einer Stadt, als von den geimpften, weil die Impfung viele Individuen vor dem Befallenwerden von Variola schützt.

Nein, sagt Lorinser, die vielen Blatternfälle unter den Ungeimpften rühren daher, dass die meisten Ungeimpften weniger als 1 Jahr alt sind und die grösste Morbilität an Variola in diese Altersclasse fällt. Selbstverständlich sterben Kinder im 1. Lebensjahre auch viel öfter, wenn sie irgendwie, also auch, wenn sie an Blattern erkranken; daher die grosse Mortalität der Ungeimpften.

Gegen die von Dr. Flinzer gesammelte Statistik der Blatternepidemie von Chemnitz, auf welche sich Schneller beruft (1·8%

Digitized by Google

Geimpfter, 45·6% Ungeimpfter), wendet L. ein: Schneller habe verschwiegen, dass fast die Hälfte aller Blatternkranken den vier ersten Lebensjahren angehören, dass die meisten und schwersten Erkrankungen die Stadttheile der mit vielen und ungeimpften Kindern gesegneten Armen betrafen, dass also dort, wo die Bevölkerung den Segen der Nichtimpfung geniesst, eine Menge von höchst ungünstigen sanitären Bedingungen vorhanden sind. Zum Ueberfluss bezweifelt L. die Wahrhaftigkeit der Daten und hält es für wahrscheinlich, dass 51 als „ohne Erfolg geimpft" bezeichnete Individuen aus Gefälligkeit für die Impffreunde eigentlich 51 gestorbene geimpfte Kinder gewesen seien, und den Ungeimpften zugezählt worden sind.

Auf ein wenig „Ehrabschneiden" kömmt es dem Herrn Sanitätsrath nicht an, wenn es sich um Impffreunde handelt.

2. Intensität der Erkrankung. L. wirft dem Dr. Schneller weiter vor, dass er aus dem Berichte des Dr. Neumann über 1147 Blatternkranke im Spitale zu Zwischenbrücken 1872/73 falsch herausgerechnet habe, dass die Krankheitsdauer bei den geheilten Nichtgeimpften drei Mal so lange als bei den geheilten Geimpften war, thatsächlich habe sie nur $^1/_2$ Mal mehr betragen.

Warum das Rechnen nach Percentsätzen zu „sehr bedeutenden Rechnungsfehlern" führt, vorausgesetzt, dass gut gerechnet worden ist, dafür bleibt L. den Beweis schuldig; für ihn beweist die Thatsache, dass unter den 1008 Geimpften 172, unter 88 Nichtgeimpften nur 3 bis zum 14. Tage geheilt entlassen wurden, gar nichts anderes, als dass unter den Ungeimpften alle ungünstigen Bedingungen sich anhäufen.

In Chemnitz aber müssen die ungünstigen Bedingungen für Ungeimpfte, welche er kurz vorher behauptet hat, nicht bestehen, denn es starben daselbst nur 9% ungeimpfte Kinder unter 10 Jahren, während in Berlin über 38% Geimpfte derselben Altersclasse starben. Dass aber 46% Ungeimpfter zur selben Zeit in Berlin starben, bedeutet für L. wieder nichts und für ihn ist es unglaublich, dass zur selben Zeit in Chemnitz von 265 geimpften Kindern unter 10 Jahren kein einziges gestorben sein soll.

3. Mortalität. Wenn man die Mortalitätsziffer der Blatternkranken nicht nur mit einander vergleicht vom Gesichtspunkte der Impfung, sondern auch das Alter, die Lebensverhältnisse und die Körperconstitution mit in Rechnung zieht, also dass die Ungeimpften die jüngsten, schwächlichsten, kränklichsten und ärmsten Individuen sind, so fällt Alles zusammen, was aus den Mortalitätstabellen zu Gunsten der Impfung geschlossen worden ist.

Ueberdies sind alle die Angaben aus Spitälern über Impfung und Nichtimpfung falsch, welche die „Zweifelhaften" nicht aufrechnen und auch diejenigen falsch, welche diese Kategorie enthalten.

Digitized by Google

Was zu Gunsten der Impfung immer aus den Mortalitätstabellen geschlossen wird, beruht auf ganz anderen Umständen.

Für ganz besonders verlässlich erklärt aber L. gerade das statistische Material bei der k. k. Staats-Eisenbahn-Gesellschaft, welches von Dr. Keller zusammengestellt ist, nach welchem nur 2·12% Ungeimpfter mehr starben als Geimpfter.

L. reclamirt die in den Tabellen des St. Josefs-Kinderspitals in Verstoss gerathenen Findlinge, welche, von blatternkranken Müttern geboren, geimpft an das genannte Spital abgegeben werden und meist daselbst an Blattern sterben; offenbar vermisst L. diese Kinder, welche im Spitale unter allen Umständen sterben, unter den Geimpften.

Indess die Impfung wird an den praktischen Aerzten, insbesondere aber an den Kinderärzten und Dermatologen, denen sie das tägliche Brot liefert, immer Vertheidiger finden, für sie ist die Impfung Geschäft und für den Herrn Sanitätsrath Lorinser die Verunglimpfung des ärztlichen Standes ein Mittel, das er nebenbei gegen die Zwangsimpfung zu verwenden nicht verschmäht. Eisenschitz.

104. Vorträge über Canalisation und Abfuhr. Von Professor v. Pettenkofer. (Aerztliches Intelligenzblatt 1876, Nr. 9, 13, 14, 15, 16.)

Das Fasssystem verdient immer den Vorzug vor dem Grubensystem; bei ersterem kann die Luft niemals so verunreinigt werden, wie bei letzterem, weil das tragbare Fass nie so viel Inhalt hat, als eine Grube und deshalb um so häufiger gereinigt werden muss als diese. Bei Gruben, die nicht wasserdicht gebaut sind, verschwindet ein sehr beträchtlicher Theil des Unraths und verunreinigt den Boden (Schwindgrube); aber auch die cementirten Gruben schützen diesen nicht vor Verunreinigung, indessen zeigen sie doch nach der Untersuchung von Wolfhügel eine 8mal geringere Verunreinigung des Bodens als die Schwindgruben. Die Entleerung des flüssigen Inhalts aus den Gruben — die festeren Massen müssen ausgehoben werden, — geschieht durch Ausschöpfen, Auspumpen oder Aussaugen (letzteres in Dresden, Stuttgart). Das erstere Verfahren ist am verwerflichsten, weil hier am meisten verschüttet wird, das letztere am empfehlenswerthesten. (Ein luftdichtes Fass aus Eisenblech, in dem durch Dampfstrom die atmosphärische Luft ausgetrieben und ein luftleerer Raum erzeugt wird.) Das Liernur'sche System verbindet eine feste Grube mit einem Rohre, das in ein auf einem Wagen befindliches Reservoir führt, durch das Rohr wird der Grubeninhalt ausgesaugt. Dieses System hat nach v. Pettenkofer vor dem gewöhnlichen Grubensystem nur den Vorzug, dass die Grube aus Eisen construirt ist, der Boden nicht verunreinigt, und dass die Räumung von aussen vorgenommen wird. Eine Verunreinigung der Luft im Hause wird durch dieses Verfahren nicht verhütet, ebenso wenig wie bei den gewöhnlichen Gruben.

Digitized by Google

Das Fasssystem hat in dieser Beziehung entschieden einen Vortheil, weil man bei diesem nur geringe Quantitäten Unrath im Hause behält und die Sammelbehälter beim Liernur'schen System grösser sein müssen, weil sonst die Unkosten zu hoch würden.

Von allen Hausabfällen betragen die Excremente nur 6 %, die Hauswässer 92 %. Diese letztere hat man früher gewöhnlich vor die Thür gegossen und fortlaufen lassen. Da wo Strassengräben vorhanden sind und auch ein genügendes Gefälle, da wird zwar die Luft immer noch verunreinigt, aber die Gräben werden durch Regen immerhin ausgespült. Am allernachtheiligsten sind die sogen. Versitzgruben, Gruben, in denen die Haus- und Regenwasser gesammelt werden; diese Gruben sind nichts anderes als unterirdische Sümpfe, die zugedeckt und der Einwirkung der Luft, die die verderblichen Dünste sonst mit sich fortreissen könnte, entzogen sind. Diese Abwässer, die Schmutz und Unrath mit sich führen, sollen in den Versitzgruben in den Boden sinken und wenn das Filtriren durch Verschlammung etc. nicht mehr geht, so werden neue Gruben angelegt. Diesen Gruben ist, wie Verfasser sich ausdrückt, der Krieg bis aufs Messer zu erklären, wenn man etwas für die Bodenreinigung thun will. Ebenso verderblich sind die Küchenausgüsse, die mittelst Rohrleitung in den Abtritt oder in die Schwindgrube münden. Von dieser aus dringt die schlechte Luft in Küche und Haus, wenn nicht ein Wasserverschluss vorhanden ist, weil die Luft in der Küche durch das beständige Feuern wärmer ist und die atmosphärische Luft draussen die Gase aus Abtritt etc. durch den Küchenausguss in das Haus drückt. Am einfachsten ist es, das Ausgussrohr nicht frei in der Luft, sondern in eine Schüssel münden zu lassen, in der das sich ansammelnde Wasser den Lufteintritt in das Rohr hindert. Dasselbe geschieht durch ein Siphon, eine S-förmig gebogene Röhre, in der immer eine gewisse Wassermenge zurückbleibt. Als das beste und vortheilhafteste für die Beseitigung dieser Unrathsstoffe und für die Entwässerung grösserer Orte hat sich die Anlage eines Canalsystems herausgestellt, das so construirt sein muss, dass den Canälen so viel Abfallstoffe als möglich übergeben und durch sie so schnell als möglich abgeschwemmt werden können.

Bei allen Anlagen von Spülcanälen ist das Hauptgewicht darauf zu legen, dass hinreichend Spülwasser und das nöthige Gefälle vorhanden ist, damit sich keine Niederschläge bilden. (In München hat der grösste Canal, das sogen. Stammsiel 7′ Höhe und 9′ Breite; an dieses schliessen sich Hauptsiele von 6 und $3^1/_2$ und an diese Nebensiele von 3 und $2^1/_4$ Fuss an.) Die Canalröhren aus glasirtem Thon sind denen aus Eisen vorzuziehen, weil letztere dem Roste ausgesetzt sind. Die grösseren Siele werden aus gut gebrannten Ziegelsteinen hergestellt und im Innern mit Cement verkleidet oder die Sohle wird zuerst aus Cement oder zuzammengeschlagenen Steingrusstücken angefertigt und dann ummauert. Soll zugleich der Boden drainirt und entwässert werden, so müssen die Sohl-

Digitized by Google

stücke der Länge nach ausgehöhlt und mit Seitenöffnungen versehen sein, so dass das Grundwasser in die Siele eintreten kann. Klinker, d. h. verglaste Ziegelsteine sind zum Sielbau noch mehr zu empfehlen, weil sie weniger durchlässig sind als gewöhnliche Ziegel. — Die Häuser stehen mittelst Röhrenleitung mit den Strassensielen in Verbindung. Die Röhren haben ein Gefälle und sind mit Siphons versehen, so dass ein Zurückströmen von Luft in das Innere der Häuser verhütet wird.

Die Canalluft lässt man in einzelnen Orten durch Einfallrohre an den Schlammgruben frei nach den Strassen austreten, die üblen Gerüche stammen dann meist aus den Schlammgruben. Um die Canalluft, deren Beschaffenheit noch nicht genau untersucht ist, unschädlich zu machen, hat man vor ihrem Austritt Kohlenfilter angebracht oder deren Austritt durch Wasserverschluss an den Schlammgruben ganz verhütet und wird zum Zweck der Ventilation ein Abzugsrohr mit der Dachrinne in Verbindung gebracht. In letzterem Falle kann es kommen, dass die in den Canälen unter Ueberdruck sich befindliche Luft einen Ausweg durch die Abtrittssitze sucht, wenn durch die Dachrinne ein starker Wasserzufluss stattfindet. In Frankfurt a. M. ist ein Thurm mit den Canälen in Verbindung gebracht, in den ein angelegtes Feuer alle Canalluft aspiriren und abführen soll.

Man glaubte bis jetzt immer, dass, wenn es auch unmöglich ist, lange Canalstrecken wasserdicht zu bauen, der Boden durch ein Canalnetz nicht inprägnirt werde, weil nur Grundwasser eindringen, aber kein Canalwasser durch die Sielwand nach Aussen dringen kann, weil sich an das Innere der Siele sehr bald eine sogen. Sielhaut von Schleim, Schlamm u. desgl. bildet, die das Aussickern verhindern sollte. Eine 1868 in München gebildete Commission überzeugte sich — an einzelnen Stellen des Sielnetzes waren Schachte in die Erde getrieben, um hier die Dichtigkeit der Sielwandungen zu beobachten —, dass sehr wohl Wasser theils merklich sichtbar, theils nur tropfenweise durch die Canalwände, die damals erst angelegt waren, hindurch sickert. Man untersuchte den Boden unter dem Siele auf sein Gehalt an organischen Substanzen und fand, dass die Verunreinigung trotzdem nicht erheblich war. Im Jahre 1874 hat Dr. Wolfhügel abermals Untersuchungen vorgenommen in Betreff der Quantität und Qualität der aussaugbaren Stoffe und in Betreff des Stickstoffgehaltes der schlammbaren Theile dieses Bodens. Es zeigte sich, dass die Siele den Boden viel weniger verunreinigen als gut cementirte Abtrittsgruben, dass der Boden in 6 Jahren nicht schlechter war, dass die Durchsickerung an den Sielenwänden aufgehört hat, was auch zu erwarten war, da die Porosität derselben sich immer mehr verliert. Es fragt sich, ob die Imprägnirung des Bodens eine grössere würde, wenn auch die Excremente den Canälen übergeben würden. (In München ist das noch nicht geschehen, weil bis jetzt die gehörige Spülung fehlt.) Die Anhänger des Abfuhrsystems führen diesen Umstand als einen Beweis

Digitized by Google

für den grösseren Werth ihrer Methode an, da der Theorie nach in der That der Boden weniger verunreinigt werden muss, wenn Koth und Harn von ihm ganz fern gehalten werden. Indessen hat nach v. Pettenkofer die Abfuhr den grossen Uebelstand, dass, wenn sie den Boden auch etwas weniger imprägniren sollte, sie dafür die Luft in dem Hause mehr verunreinigt als das Schwemmsystem, da bei diesem die Excremente in den Röhren durch Wasserverschlüsse in Folge der Spülung von den Abtritten abgesperrt werden. Nur wenn beim Tonnensystem noch ein ventilirtes Abtrittsrohr mit dem Fass verbunden ist, lässt sich die Luft im Hause rein halten. Für grössere Städte ist aber eine Canalisirung doch immer unerlässlich, um Küchen-, Haus- und Waschwasser u. s. w. abzuführen. Diese Hauswässer betragen aber 93 % gegenüber $^1/_2$ % Koth und 5 % Harn, und erstere müssen aus Sanitätsgründen ebenso gut abgeführt werden, wenn der Boden, auf dem wir wohnen, unschädlich sein soll. Wenn ein Tonnensystem (wie in Heidelberg) sicherlich auch ein Fortschritt ist gegen das bisherige Grubensystem, so kann dieses doch nur die Fäcalien, aber nicht die Hauswässer abnehmen. Sehr häufig werden aber auch die flüssigen Excremente auf dieselbe Weise wie diese entfernt; die tägliche Harnmenge eines kräftigen Arbeiters beträgt nach Voigt per Tag 1254 g. (131 g. Koth) mit 65 g. festen Bestandtheilen (Koth nur 33 g.) „Wir imprägniren also mit dem Harn viel mehr als mit dem Kothe, der auch bei weitem nicht so beweglich ist.“ Der grösste Werth für die Landwirthschaft liegt in dem Harn; Phosphorsäure, Stickstoff und Kali wird lediglich durch den Harn geliefert, der Koth allein ist nur $^2/_{10}$ Düngerwerth. Das Tonnensystem hat dadurch unverkennbar grössere Nachtheile. — Man vergleiche die Beschaffenheit des Canalwassers von München, in welchem keine Excremente aufgelöst sind, mit dem von Rugby (England), in denen jene gleichzeitig vorhanden sind. Die Menge der gelösten unorganischen Stoffe ist nun in Rugby grösser als in München, dagegen sind die organischen Bestandtheile in München ohne Abtrittsgehalt 189, in Rugby mit allen Fäcalien nur 151 Milligramm, das Sielwasser in München verunreinigt den Boden also mehr als das in Rugby. — Verfasser widerlegt die Einwände, die man gewöhnlich dem Einlassen der Excremente in die Canäle entgegen hält. Die Luft in diesen kann Strassen und Häuser nicht verunreinigen, weil die Excremente in den gut gespülten Canälen sich gar nicht zersetzen dürfen, sondern schon in wenigen Stunden fortgeschwemmt sein müssen. Die Canäle imprägniren, wie die Wolfhügel'schen Untersuchungen gezeigt, den Boden und das Grundwasser durchaus nicht, vorausgesetzt, dass die Spülung und die Anlagen der Siele nicht mangelhaft ist. Es ist durchaus nicht erwiesen, dass in Stadttheilen, in denen das Canalnetz geht, Cholera oder Typhus intensiver auftreten; dieser Einwurf ist vollständig unbegründet. — Die abnorm grosse Menge von organischen Bestandtheilen in dem Münchener Sielwasser rührt davon her, dass thatsächlich ein grosse Theil der

Digitized by Google

Excremente von den Einwohnern in die Canäle gegossen werden. Besonders geschieht dies Nachts beim Ausräumen der Abtrittsgruben. Der flüssige Inhalt derselben wird dann den Sielen übergeben. Prof. Feichtinger hat in dem Sielwasser zur Nachtzeit viel mehr organische Bestandtheile gefunden, als in dem aus der Tageszeit, jenes war viel concentrirter. Man hat früher die Canäle in die offenen Flussläufe münden lassen und wie sich herausgestellt, diese Wasserläufe in ungeheuerlicher Weise verunreinigt. In London musste man auf beiden Ufern der Themse Sammelcanäle anlegen und diese erst weit unterhalb London in den Fluss einführen. Auch in Paris zeigten sich dieselben verderblichen Einflüsse der Seineverunreinigungen, wie der neueste Bericht der zur Untersuchung dieses Thatbestandes gebildeten amtlichen Commission in Paris (1875) darlegt. Die grossen Missstände in der Themse rühren von dem geringen Gefälle dieses Flusses her, in dem die Ebbe und Fluth sich zweimal täglich bemerkbar macht — so, dass die hineingelangten Schmutzwasser im Strombett auf- und abwärts gewälzt werden, und in Paris sind die Zustände deshalb so ungünstig, weil die Seine ebenfalls ein sehr geringes Gefälle hat und gegenüber der Themse sehr geringe Wassermengen enthält. In diesen Flüssen sinken die Canalstoffe zu Boden, sobald sie aus den Canälen in den Fluss gelangen. Die Frage, ob man das Canalwasser in das Flussbett gelangen lassen soll, hängt lediglich von diesen Umständen ab, hauptsächlich von der Menge und Geschwindigkeit des Flusses. In Paris ist man nunmehr genöthigt, Rieselfelder anzulegen, um das jetzige Schlammsystem mit seinen grossen Vortheilen beizubehalten, anstatt zu den Uebelständen mit dem Abfuhrsystem zurückzukehren.

Baer.

105. Digitalis als Mittel zur Simulation von Krankheit benützt.

Mitgetheilt von Dr. Conr. Köhnborn. (Dtsch. mil.-ärztl. Ztschr. IV., Schmidt'sche Jahrb. 170, Referat von H. Köhler.)

Ein 22jähriger Recrut klagte am vierten Tage nach seiner Einberufung über Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Aufstossen, zeitweiliges Erbrechen, Schmerzhaftigkeit in der Magengegend, Kopfschmerz, Schwindel. Zunge stark belegt, fötider Geruch aus dem Munde, Druckempfindlichkeit im Unterleibe; kein Fieber, Puls 56 in der Minute, drei Tage darauf 52. Nach 14 Tagen zeigten sich die Kräfte sehr gesunken, die Hautfarbe fahl, die Schleimhäute blass, die Zunge feucht, grauweiss belegt; Temperatur 36.3° C., Puls 52. Dabei waren die Klagen des Kranken die gleichen, Kopfschmerz und Schwindel waren stärker geworden und ausserdem noch Ohrensausen und Dunkelsehen aufgetreten. Nachdem noch Singultus, Schlingbeschwerden, einmal ein Ohnmachtsanfall aufgetreten waren, bekam der Kranke — circa 3 Wochen nach Beginn der Krankheit — beim Aufrichten aus dem Bette plötzlich Zuckungen und starb darauf nach wenigen Minuten.

Der Verlauf, der plötzliche Tod und die mangelnden palpablen pathol.-anatom. Läsionen liessen eine Vergiftung als sehr wahrscheinlich erscheinen. Das Blut war nirgends geronnen, dunkelkirschroth, die rechte Herzhöhle gefüllt, die linke blutleer. Das Gehirn war anämisch, die Mucosa des Magens und oberen Darmtraktus stellenweise sehr blutreich und ecchymosirt.

Digitized by Google

Bei der Durchsuchung der Kleider des Verstorbenen fanden sich Pillen, die er — so wie ein anderer, unter ähnlichen Symptomen erkrankt gewesener Recrut — von einem „Freimacher" erhalten hatte, um sich vom Dienste zu befreien. — Die Untersuchung der Pillen zeigte dieselben hauptsächlich aus gepulverten Blättern von Digitalis purpurea bestehend, wie auch die chemische Untersuchung des Magen- und Darminhaltes des Verstorbenen Digitalin nachwies. Die gerichtliche Untersuchung ergab, dass der Verstorbene in fünf Wochen 13·7 Digitalis genommen hatte. Die Pillen waren folgendermassen verschrieben gewesen: Pulv. fol. Digit. purp. 10, Extr. Gentian. q. s. ut f. pil. No. 100.

Die Digitalis wirkte also sowohl local (Affection des Verdauungscanales) als allgemein (auf das Herz, dessen Contractionen durch Beeinflussung der regulatorischen oder musculo-motorischen Herznerven (Traube) verlangsamt und verringert werden). K. bezweifelt die Möglichkeit einer narkotischen Wirkung der Digitalis und meint, dass die Hirnsymptome (Sopor etc.) durch die Hirnanämie in Folge der Verringerung der Herzcontractionen bedingt würden. Deshalb legt K. auch auf die Bekämpfung der Hirnanämie (horizontale Körperlage) ein grosses Gewicht.

Bettelheim.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

106. Ueber den Scheidenfortsatz des Bauchfells und dessen Beziehung zur äusseren Leistenhernie. Von Dr. E. Zuckerkandl. (Arch. f. klin. Chirurgie, XIX. Band.)

Das Offenbleiben der Scheidenfortsätze des Bauchfelles nach der Geburt, sowie die wichtigen Beziehungen dieser Verhältnisse zur Entstehung der äusseren Leistenhernie haben den Verf. veranlasst, eine Reihe von Leichen daraufhin zu untersuchen. Unter hundert Leichen von Kindern, die zwischen der ersten und zwölften Woche nach der Geburt verstorben waren, fand Verf. die Processus vaginales in 37 Fällen vollständig oder zum Theile erhalten. Die Scheidenfortsätze waren meist beiderseits, in der geringeren Anzahl der Fälle einseitig, und zwar häufiger rechts als links offen und hatten im Querschnitt eine verschiedene Weite von Linsen- bis zu Halbkreuzergrösse, in 5 Fällen waren sie ganz fein, kaum sondirbar.

Unter diesen 37 Fällen wurde nur einmal eine bestehende Hernie constatirt. Bei 15 älteren Kindern wurden 3mal Rudimente der Scheidenfortsätze beobachtet, ebenso öfters bei Erwachsenen. Auf Grund dieser Untersuchungen glaubt Verf., wie dies schon von Roser ausgesprochen wurde, annehmen zu müssen, dass wenigstens für die Mehrzahl der äusseren Leistenhernien der Bruchsack durch die Persistenz des Processus vaginalis präformirt sei. Dass bei Kindern, trotzdem die Scheidenfortsätze

Digitized by Google

häufig offen und weit blieben, sich relativ selten ein äusserer Leistenbruch etablirt, bezieht Verf. auf den Umstand, dass die Communication zwischen Bauchhöhle und Processus vaginalis durch eine in vielen Fällen zu beobachtende klappenartige, sehr resistente Falte des Bauchfells und der fascia transversa, die das Eindringen von Darmpartien erschwert, verschlossen wird. Winiwarter.

107. Versuche über die Hemmungsnerven der Hautgefässe. Von Dr. R. Ostroumoff. (Pflüg. Arch. Bd. XII. 220—277.)

Verf. unterzog im Heidenhain'schen Laboratorium die Vorgänge einer eingehenden Untersuchung, welche die Blutströmungen in der Haut reguliren. Reizt man den peripherischen Rumpf des Ischiadicus sofort nach der Durchschneidung, so tritt Herabsetzung der Temperatur in der betreffenden Pfote ein, während eine Temperatursteigerung stattfindet, wenn die elektrische Reizung des Nerven erst 4 Tage nach der Durchschneidung erfolgt. Zu dieser Zeit ist es durch keine Stromstärke mehr möglich, das Sinken der Pfoten-Temperatur zu erzielen, welche durch die tetanisirenden Ströme des Magnetelektromotors am frischdurchschnittenen Ischiadicus bewirkt wird. Diese Steigerung der Temparatur kann nur durch das Vorhandensein grösserer Blutmengen in der Pfote erklärt werden, es müssen also erweiternde Apparate vorhanden sein in Gestalt von Hemmungsnervenfasern, welche einen lähmenden Einfluss auf die Vasomotoren, die gefässverengernden Nerven besitzen. Es gelang nun, diese Hemmungsfasern auch am frisch durchschnittenen Nerven in der Weise zur Function zu bringen, dass der Ischiadicus durch in Pausen von je 5 Secunden auf einander folgende einzelne Inductionsschläge gereizt wurde, eine Methode, welche Bezold am N. vagus bereits angewandt hatte. Tetanische Erregung jedoch hatte nur bei geringen und in sehr feinen Grenzen schwankenden Stromstärken Temperatur-Steigerung zur Folge. Stärkere tetanisirende Reizung des frisch durchschnittenen Ischiadicus erregt also vorzugsweise die verengernden Fasern, deren Erregbarkeit nach der Durchschneidung rasch sinkt und nach 3—4 Tagen nahezu vernichtet ist, während um diese Zeit die noch in höherem Grade erregbaren Hemmungsnerven auf den elektrischen Reiz durch Gefässerweiterung reagiren.

Die Temperatursteigerung, welche nach der Gefässnerven-Durchschneidung eines Körpertheils in demselben auftritt, nimmt bekanntlich nach einiger Zeit wieder ab. Goltz suchte den Grund dafür in dem allmäligen Erlahmen der Gefässerweiterer, welche durch die Durchschneidung in einen eigenthümlichen Zustand chronischer Reizung versetzt würden. O. widerlegt diese Anschauung und setzt die viel plausiblere Hypothese an ihre Stelle, dass peripherisch gelegene gangliöse Centra durch den reichlichen Blutzufluss allmälig erstarken und vicariirend für die ausser Zusammenhang mit der betreffenden Region gesetzten Centralorgane zu functioniren lernen. Diese hypothetischen Gangliencentra wirken jedoch

Digitized by Google

bereits unter normalen Verhältnissen, wenn auch schwächer und im Vereine mit den Centralorganen auf die vasomotorischen Endigungen des Ischiadicus, denn nur so erklärt sich die auf den ersten Blick paradox erscheinende Thatsache, dass auch nach der Durchschneidung des Hüftnerven noch ein Hemmungs-Apparat auf denselben wirken kann. Der Ischiadicus wird eben nicht nur vom vasomotorischen Centralorgane, sondern auch von den peripherischen Ganglien beeinflusst, so dass auch nach der Durchschneidung in der betreffenden Pfote durch Thätigwerden der Hemmungsfasern eine weitere Steigerung der bereits vorhandenen Gefäss-Erweiterung zu Stande gebracht werden kann.

Eine weitere Reihe wichtiger Beobachtungen wurde in Bezug auf das Verhalten der Gefässe bei Steigerung des Blutdruckes gemacht. Drucksteigerung in der Aorta erweitert die kleineren Arterien und Capillaren nicht merklich, selbst nicht, wenn deren Gefässnerven durchschnitten sind. Der Aortendruck kann (z. B. durch Splanchnicus-Reizung, Athmungssuspension) auf das Doppelte gesteigert werden, ohne dass die Temperatur in der gelähmten oder der normalen Pfote stiege. Dieser Widerstand wird geleistet durch eine Spannungssteigerung, welche in einer reflectorisch erregten stärkern Contraction der Gefässwände ihre Ursache hat. Diese Widerstandsfähigkeit kann zumal an Gefässen mit durchtrennten Nerven durch solche Einflüsse, welche den motorischen Apparat der Gefässwand erschöpfen, herabgesetzt werden.

Die Hemmungsnerven können in Function gesetzt werden auf reflectorischem Wege durch Reizung sensibler Nerven, bei misshandelten oder erschöpften Gefässnerven auch durch Athmungssuspension (Drucksteigerung); ferner wirken Nicotin-Intoxication und psychische Erregung gefässerweiternd. Eine Erregung der Gefässverengerer dagegen konnte nur erzielt werden durch magnetelektromotorische Tetanisirung des Rückenmarks und, nach vorausgegangener Strychnin-Injection, mittelst sensibler Reize oder Athmungssuspension.

Bezüglich der Wege, die die Gefässnerven von den Centralorganen zu dem N. ischiadicus nehmen, schliesst sich Verf. der Ansicht Cl. Bernard's an, nach welcher dieselben nicht durch die Sacralwurzeln, sondern durch höhere Spinalwurzeln austreten, um durch den Sympathicus an die Peripherie zu gelangen. Weder Durchschneidung der Sacralwurzeln, noch ihre Reizung beeinflusst die Temperatur der Hinterpfote, dagegen erwärmt sich dieselbe beträchtlich nach Durchschneidung des Bauchsympathicus während dessen Reizung eine dauernde Temperatur-Herabsetzung zur Folge hat. Wie aus Durchschneidungsversuchen hervorgeht, bezieht der Sympathicus die Gefässnervenfasern theils aus dem Lendenmarke, theils aus höheren Abschnitten der Medulla. Lassar.

(Schluss dieser Rubrik folgt im nächsten Hefte.)

Digitized by Google

Kleine Mittheilungen.

108. Studien über das Lungenepithel. Von Dr. Küttner. (Virchow's Arch. LXVI. S. 12 Centralblatt.)

Die normale Lungenalveole hat einen Zellenbelag, der unmittelbar mit dem des übrigen Bronchialbaums zusammenhängt, die Lunge hat keine ihr eigens zukommende Form des Epithels, alle Epithelformen sind in ihr vertreten, der jedesmalige Raum bestimmt Form und Grösse; die cubische Zelle des embryonalen Alveolus wird, ohne fettig zu zerfallen, mit der ersten Athmung zu einer Pflasterzelle.

109. Des mouvements des vaisseaux et de leur inscription. Par M. Mosso. (Gaz. hebd. 1876 Nr. 5.)

Der Pletismograph von Mosso besteht der Hauptsache nach aus einem langen Glascylinder, in welchen der Vorderarm bis zum Ellenbogen eingeführt wird. Der Cylinder wird mit Wasser gefüllt, auf der Seite des Ellenbogens durch eine Kautschuk-Kappe hermetisch verschlossen und steht auf der andern Seite mit einem calibrirten Tubus in Verbindung. Bei wechselnder Blutfüllung des Arms steigt, resp. fällt nun das Niveau der Flüssigkeit in diesem Tubus, und diese Schwankungen werden mittelst einer einfachen Vorrichtung auf einem Ludwig'schen Kymographion dargestellt. Bei lebhafter Thätigkeit des Gehirns sinkt — nach Versuchen mit diesem Apparat — der Blutgehalt der peripheren Organe. Lassar.

110. Einfluss der Kälte auf die Milch. Von E. Tisserand. (Gaz. hebd. 1876 Nr. 5.)

Wenn man frisch gemolkene Milch niederen Temperaturen 24—36 Stunden lang aussetzt, so scheidet sich der Rahm um so schneller ab, je kälter die Luft ist. Ebenso ist die Menge grösser und die Qualität des Rahms und der gewonnenen Butter besser. Lassar.

111. Conservirung von Fleisch durch den constanten Strom. Von Bloch. (Gaz. méd. 1875. Centralbl. 1876, Referat von Bernhardt.)

B. fand, dass 6 Tage der Luft ausgesetztes, von einem constanten Strom durchflossenes Fleisch in der Farbe unverändert und geruchlos blieb. Bettelheim.

112. Ueber die einfachste Methode, vergrösserte Kehlkopfspiegelbilder zu erhalten. Von Dr. J. Hirschberg. (Zeitschr. f. prakt. Med. 1876, Nr. 38.)

Verf. benützt als Kehlkopfspiegel die Hypothenusenfläche eines rechtwinkliggleichschenkligen Prisma, dessen untere, dem Kehlkopf zugekehrte Kathetenfläche convex geschliffen ist, entsprechend einer Brennweite von $2^1/_2$—3″. Der Spiegel lässt sich mit einer Hand dirigiren. Opticus Dörfel in Berlin (Linden) fertigt solche Kehlkopfspiegel nach Angabe des Verf. Lassar.

113. Ruptur der Corpora cavernosa penis. Von Dr. C. Reitter in Wien. (Medic.-chir. Centralbl. Nr. 40 1876.)

Beim Versuche, den Coitus auszuüben, spürte ein Mann plötzlich ein Knacken und den früher erigirten Penis weich und vergrössert. — R. fand am nächsten Morgen, dass das Glied mächtig angeschwollen war (es glich einem „halberigirten Pferdepenis"), während die Glans penis intact war; die Haut dunkelblau bis schwarz, der ganze Penis mit nach abwärts gerichteter Concavität gebogen. Urinentleerung normal. — Verf. schloss aus diesen Symptomen auf Ruptur der Corp. cavernosa. — Bei Anwendung von Eisumschlägen und Ruhe war nach 10 Tagen der normale Zustand wieder hergestellt; 7 Wochen später war immer noch keine Erection aufgetreten. Wölfler.

Digitized by Google

114. Arsenikpasta zum Zerstören der Pulpa nach White und Peicol.

Rcp. Acid. arsenic. 0,5; Morph. sulphuric. 1,0; Creosot. qu. s. ut f. pasta. Nach Reinigung der cariösen Höhle wird ein wenig von der Pasta, so gross wie ein Stecknadelkopf, in ein klein wenig Baumwolle auf die Pulpa gelegt; dann schliesst man die Höhle durch ein in Sandaracfirniss getränktes Baumwollenkügelchen. Man wiederholt die Application der Pasta, wenn eine bis in die Wurzelspitze geschobene feine Ahle noch Schmerz verursacht. Dann bringt man noch ein kleines Baumwollenkügelchen mit Creosot in die Höhle und schliesst mit Sandarac.

115. 50 Fälle von Haemoptoë mit Ergotin behandelt. Von J. Williamson in Ventnor. (Lancet, 1875.)

Auf Grund von 50 am Spitale für Phthisiker behandelten Fällen — darunter 44 mit gutem Erfolge — ist W. ein unbedingter Anhänger der Ergotinbehandlung bei Lungenblutungen geworden. Er gibt alle 2 Stunden 40 Tropfen extr. liquid. ergot. und reicht meist mit 4—5 solchen Dosen aus. Wichtig ist dabei die Verlässlichkeit (Frische) des Präparates. Das acid. gallic. hat im Vergleiche zu dem Ergotin auch schon den Nachtheil, dass es obstipire und Leibschmerzen mache.

Bettelheim.

116. Studie über die mit Aphasie verbundenen Sehstörungen. Von Galezowski. (Arch. gén. de Méd. Juli 1876, pag. 64.)

Die Resultate, zu welchen G. durch seine Erfahrung gelangt ist, sind: 1. Die Amblyopie der Aphasischen ist häufig nur eine scheinbare. Der Schein wird hervorgebracht durch die Unfähigkeit, einzelne Worte oder Buchstaben auszusprechen. 2. Bei einer Anzahl von Fällen findet man rechtsseitige Hemiopie. 3. Selten trifft man bei Aphasie einseitige Atrophie der Papilla und zwar gewöhnlich der linken. 4. Diese Art von Amblyopieen ist heilbar Schnabel.

117. Zur Diphtheritis. Mitgetheilt von Magister Löwenstamm in Brünn. (Medic.-chirurg. Centralbl. Nr. 42, 1876.)

Verf. skizzirt die heute gangbaren Anschauungen über das Wesen dieser Krankheit und spricht sich gegen die Vernichtung der Exsudate durch mechanische Mittel aus. Als sehr empfehlenswerthes Lösungsmittel für Chlorkali und Argent. nitr. gibt L. das Glycerin an. Die Kälte sei nur im Beginne anzuwenden, Wärme sei absolut schädlich, weil sie der Entwicklung der Pilze förderlich sei. Anlässlich der Differentialdiagnose von Croup und Diphtheritis meint L.: „Die Diphtheritis beginnt stets im Rachen und kann nach abwärts auf den Larynx übergehen; der Croup hingegen fängt im Larynx an und geht nie nach aufwärts." (? Ref.)

Hermann Hertzka.

118. Zum Hydrocephaloid. Mitgetheilt von Magister Löwenstamm in Brünn. (Med.-chir. Centralbl. Nr. 17, 1876.)

L. beschreibt einen namentlich der in Wien häufig vorkommenden Fälle (besonders zur Sommerszeit) von Hydrocephaloid, der nach unzweckmässiger, künstlicher Ernährung auftrat, und dem in derselben Familie schon zwei Kinder vorher zum Opfer gefallen waren; nach L. angeblich darum, weil dieselben an Meningitis tuberculosa behandelt wurden. Nun in dem von L. beschriebenen Falle stand es von vorneherein ausser allem Zweifel, dass man es mit keiner Mening. tbc. zu thun hatte. Schneller regelmässiger Puls, aufgetriebener Unterleib und diarrhoische Stühle nebst der Anamnese schliessen wohl stets eine Meningitis aus. Die Therapie, die L. anwendete, nämlich Aufnahme einer Amme, Senfbäder (wegen des vorhandenen Collapses) etc. sind auch hier stets als zweckmässig befunden worden.

Hermann Hertzka.

Digitized by Google

Auszüge aus grösseren medicinischen Werken.

119. Krankheiten der peripheren cerebrospinalen Nerven. Von Prof. W. Erb. (12. Band des Handb. der speciell. Pathol. und Therap., herausgegeben von Prof. Ziemssen. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel, 1874. Siehe „Rundschau" 1877, Nr. 54.)

Pathogenese und Aetiologie. Die Empfindungen in der Haut entstehen durch Veränderung gewisser peripherischer Endapparate (Vater'sche oder Pacini'sche Körperchen, Meissner'sche Tastkörperchen), welche durch jede äussere Einwirkung erregt werden. Diese Erregung pflanzt sich durch die sensiblen Nervenfasern centripetal fort, unentschieden, ob für die einzelnen Empfindungsqualitäten in denselben oder in verschiedenen leitenden Bahnen. Im Gegentheile scheint es sogar, dass die einzelnen sensiblen Nervenzweige wenigstens an den oberen Extremitäten unter einander zahlreich anastomosiren und gegenseitig ihre Function (nach Durchschneidung eines solchen Nerven z. B.) übernehmen können. — Die peripheren Leitungsbahnen gehen durch die hinteren Wurzeln hauptsächlich in die weissen Hinter- (und vielleicht) die angrenzenden Theile der Seitenstränge und in die graue Substanz des Rückenmarkes. Von dem weiteren Verhalten der sensiblen Leitungsbahnen im Rückenmark glaubt man, dass in der weissen Substanz und deren unmittelbaren Nähe die Hauptleitungen, in der grauen Substanz die Nebenleitungen verlaufen, welche letztere aber nur bei stärkeren Reizen betreten werden, dann aber zu stärkeren Erregungen (Schmerz) Veranlassung geben. Eine Kreuzung findet schon im Rückenmarke (in verschiedener Höhe) für den grössten Theil der sensiblen Leitungsbahnen statt. — Weiter in der Medulla oblongata nehmen die sensiblen Bahnen eine mehr seitliche Lage ein; sie ziehen durch die Brücke und Hirnschenkel zu den grossen Gehirnganglien (Sehhügel) und dann durch die Stabkranzfaserung zur Hirnrinde (namentlich die hinter der Sylvi'schen Spalte gelegenen Rindengebiete). Ob es im Gehirn verschiedene Bahnen und Centralorgane für die einzelnen Empfindungsqualitäten gibt, ist unentschieden. Demnach kann Anästhesie entstehen: 1. durch Veränderung (Unerregbarkeit) der peripheren Endapparate, 2. durch Hemmung oder Unterbrechung der (a) peripheren, b) spinalen, c) cerebralen sensiblen Leitung, 3. durch Veränderung (Unerregbarkeit) der centralen Aufnahmsorgane. — Es lassen sich also die Ursachen der Anästhesien am einfachsten folgendermassen gruppiren:

1. Ursachen, welche die Erregbarkeit der peripheren sensiblen Endorgane herabsetzen oder vernichten. Die bekannteste Ursache solcher localer Anästhesie ist die Kälte (Application von Eis u. dgl. oder Zerstäubung von Aether etc.). — Hie-

Digitized by Google

durch wird die Erregbarkeit der peripheren Endapparate, vielleicht auch der zunächst gelegenen Leitungsbahnen (und zwar Druck-, Temperatur- und Raumsinn, Schmerzempfindung und elektrocutane Sensibilität in nahezu gleicher Weise) herabgesetzt. Aehnlich wirken längere Zeit local applicirte Narcotica, Aetzmittel (Laugeeinwirkung bei Wäscherinnen), viel schwächer höhere Wärmegrade und elektrische Ströme (Verminderung des Tast-, Raum- und Temperatursinnes beim Durchleiten eines schwachen faradischen Stromes durch die Haut und in der Umgebung der Anode des galvanischen Stromes). — Circulationsstörungen, besonders Ischämie der Haut (mechanische oder spastische) können die Erregbarkeit der peripheren Endorgane herabsetzen (vasomotorischer Arterienkrampf). Die locale Anästhesie beim Herpes Zoster kann wohl auf neuritische Leitungshemmung in den peripheren Nervenbahnen bezogen werden. Totale Zerstörung der Haut (Verbrennung etc.) muss natürlich auch die Sensibilität derselben aufheben.

2. Ursachen, welche die Leitung in den peripheren Nervenbahnen hemmen oder unterbrechen. (Erste Gruppe der Leitungsanästhesien.) Als solche führt E. an die Kälte, insoferne sie die Sensibilität im Verbreitungsbezirke der peripheren Nervenstämme herabsetzt, wobei es sich wohl meist um eine leichte, „rheumatische" Neuritis handeln dürfte, ferner Traumata aller Art: Compression durch Hernien, Tumoren, Neurome, Lepraknoten (Lepraanästhesie) etc. Beim Zoster kann die einfache Neuritis durch Compression der Nervenfasern zur Anästhesie führen etc.

3. Ursachen, welche Hemmung oder Unterbrechung der spinalen Leitung bewirken. (Zweite Gruppe der Leitungsanästhesien.) Hier im Centralorgane beginnt eigentlich erst das Hauptgebiet der partiellen Empfindungslähmungen, denn weitaus die Mehrzahl der hieher gehörigen Fälle beruht auf Erkrankungen des centralen Nervensystemes. Bei vollständiger Trennung oder Compression des Rückenmarkes (bei Wirbelsäulenbrüchen, Rückenmarkszertrümmerung durch Blutextravate, Compression durch Tumoren, Kyphosen, Congestionsabscesse etc.) findet sich totale Empfindungslähmung aller Hautbezirke, welche ihre Nerven von unterhalb der Stelle der Läsion erhalten. Für partielle Empfindungslähmungen dagegen müssen wohl immer Läsionen der Hinter- (und zum Theile der Seitenstränge) oder der grauen Substanz oder beider in Anspruch genommen werden. Bei Erkrankungen der grauen Substanz scheint vorwiegend das Gemeingefühl, bei Erkrankungen der Hinterstränge und des Lendentheiles der Seitenstränge die Tastempfindung, bei einseitiger spinaler Anästhesie die entgegengesetzte Markhälfte beeinträchtiget zu sein. Die Localisation der bei Rückenmarkkrankheiten so häufigen Tastsinns-Lähmungen ist noch völlig unbekannt. — Es versteht sich daher leicht, dass bei verschiedenen Krankheiten des Rückenmarkes (namentlich bei Tabes, Myelitis chronica, Sclerose und

Digitized by Google

Erweichung des Rückenmarkes etc.) die mannigfachsten Abstufungen und Combinationen der Sensibilitätsstörung beobachtet werden.

4. Ursachen, welche Hemmung oder Unterbrechung der cerebralen Leitung bewirken. (Dritte Gruppe der Leitungsanästhesien.) Die sensiblen Leitungsbahnen können an allen Stellen ihres Weges vom verlängerten Mark durch die Hirnschenkel längs der Centralganglien und durch die Stabkranzfaserung bis zur Hirnrinde durch eine grosse Zahl von Erkrankungen lädirt werden. Wegen der bereits vollendeten Kreuzung aller sensiblen Leitungsbahnen wird sich die Anästhesie auf der dem Sitze der Hirnläsion entgegengesetzten Körperseite befinden, meist in hemiplegischer Form auftreten. Ein sehr kleiner Erkrankungsherd kann auch eine ganz locale Anästhesie bewirken. Daneben sind nebst Hemiplegie mancherlei andere Herdsymptome von Seiten des Gehirns vorhanden. Die häufigste Ursache cerebraler Leitungsanästhesien ist eine Gehirnblutung (in den Pons, die Hirnschenkel, die äusseren Theile des Sehhügels und die benachbarte Stabkranzfaserung). Die Anästhesie verschwindet übrigens meist rasch. Auch hochgradige Hirnanämie (z. B. durch Embolie), Hirnerweichung, Encephalitis, Sclerose, Tumoren, Verletzungen etc. wirken ähnlich.

5. Ursachen, welche die Erregbarkeit der centralen Aufnahms-Apparate herabsetzen oder vernichten. (Eigentliche centrale Anästhesien — Läsionen der grauen Hirnrinde.) Diese Anästhesie kommt besonders häufig bei Meningealerkrankungen und Geisteskrankheiten (Melancholia attonita, paral. Blödsinn), bei chronischer Encephalitis (mit ihren Ausgängen in Sclerose oder Erweichung), Embolien etc. — während des epileptischen Anfalles, im Coma vor. Aus den bei Geisteskranken vorkommenden Anästhesien erklärt sich die Fähigkeit derselben, Operationen über sich mit Seelenruhe ergehen zu lassen, die Neigung zu Selbstverstümmlungen etc. — Ganz unklar in Bezug auf ihren Sitz sind die Anästhesien bei der Hysterie und anderen Neurosen, wie Epilepsie, Catalepsie, Chorea, Hypochondrie etc. — Die durch die sogenannten Anaesthetica hervorgerufenen sogenannten toxischen Anästhesien entstehen wohl auch zumeist durch Veränderung des centralen Nervensystems. Weniger intensiv wirken die Narcotica, doch bewirken sie schon in kleinen Dosen Abstumpfung der Sensibilität, in grossen Dosen Sopor und völlige Anästhesie. — Auch nach acuten Krankheiten (Typhus, Diphtheritis, Cholera, Dysenterie, Scarlatina etc.) kommen locale oder ausgebreitete Anästhesien vor. Nach Fournier ist bei secundär syphilitischen Weibern Analgesie sehr häufig, namentlich am Handrücken und an den Brüsten.

Die subjectiven Symptome sind oft sehr unbestimmt und mehrdeutig, die objective Untersuchung sehr schwierig und mühevoll. Bei den verschiedenen Prüfungsmethoden halte man sich die Thatsache (Türck) vor Augen, dass das Gebiet der Anästhesie grösser erscheint, wenn

Digitized by Google

man von dem anästhetischen Hautbezirke aus gegen das gesunde vorschreitet und umgekehrt, so dass sich die Grenze zwischen gesunden und kranken Gebieten in der Richtung des Fortschreitens der Untersuchung verschieben lässt.

Die Untersuchung des eigentlichen Tast- oder Berührungsgefühls geschieht am einfachsten durch zarte und oberflächliche Berührung mit der Fingerspitze oder einem Nadelkopf, durch leichtes Streichen über die Haut, Berühren der Haare; dadurch, dass man die Kranken Knopf und Spitze der Nadel bei leiser Berührung unterscheiden lässt; dass man sie mit glatten, rauhen, wolligen Gegenständen berührt, deren Natur sie angeben müssen; endlich an Theilen, welche an besonders feine Unterscheidungen gewöhnt sind (Handflächen) dadurch, dass man verschiedene Körper z. B. Geldstücke, kleine Schlüssel, Knöpfe, Ringe u. dgl. anflegt und dieselben bei geschlossenen Augen bezeichnen lässt. Durch Parallelversuche an Gesunden muss man sich ein Urtheil über die möglichen Leistungen des Tastsinns auf diesem Gebiet verschafft haben, um pathologische Fälle richtig beurtheilen zu können. Bei einseitiger Erkrankung hat man natürlich an der gesunden Seite das bequemste und sicherste Vergleichsobject. — Die Prüfung des Drucksinns geschieht am besten durch Auflegen von Gewichten zur Bestimmung des Differenzminimums, welches noch wahrgenommen wird (E. H. Weber). — Für gewöhnlich kann man die Prüfung sehr bequem mit verschiedenen Geldmünzen (Eigenbrodt) ausführen, mit Gulden- oder Thalerstücken u. dgl., deren man eine verschieden grosse Zahl auflegt. Die dabei nöthigen Cautelen sind: Ausschluss des Muskelgefühls durch Fixirung des zu untersuchenden Körpertheils auf einer festen Unterlage; Ausschluss der Temperaturempfindung durch Einschaltung eines schlechten Wärmeleiters (z. B. Holzplättchen); Aufsetzen der Gewichte in regelmässigen Zeiträumen. — Mit Eulenburg's „Barästhesiometer" (Drucksinnmesser) können durch wechselnden Druck auf eine Feder variable und an einem Zifferblatt ablesbare Druckgrössen (also auch Druckdifferenzen) in Wirksamkeit gebracht werden; auch hierbei muss das Muskelgefühl ausgeschlossen werden. Eulenburg fand mit diesem Instrument, dass im Gesicht noch $^1/_{30}$—$^1/_{40}$ Druckdifferenz unterschieden wird; an Hand und Arm ca. $^1/_{20}$—$^1/_{10}$; ebensoviel etwa an der Vorderseite des Ober- und Unterschenkels und am Fussrücken; erst grössere Differenzen dagegen an der Sohle und der Hinterfläche des Beins. Können die beiden Körperhälften miteinander nicht verglichen werden, so können geringe Anomalien des Drucksinns nur bei der grössten Sorgfalt und Genauigkeit entdeckt werden. — Der Temperatursinn kann im Groben geprüft werden durch Berührung mit kalten und heissen Gegenständen (kalte und heisse Metallstäbe, Reagenzgläser mit kaltem und heissem Wasser gefüllt); feiner ist schon die Prüfung, ob die Kranken die Temperaturdifferenz zwischen kühlem Anblasen (aus einiger Entfernung) und warmem Anhauchen (aus nächster Nähe) mit Sicherheit unterscheiden können.

Für feinere Untersuchungen muss man sich solcher Instrumente bedienen, welche die Einwirkung sehr nahe bei einander liegender Temperaturen gestatten, um die kleinste noch wahrnehmbare Temperaturdifferenz zu ermitteln. (Nothnagel: zwei mit verschieden erwärmtem Wasser gefüllte Cylinder mit Metallboden. Eulenburg: zwei mit grossen flachen, zum Aufsetzen auf die Haut passenden Quecksilbergefässen versehene Thermometer, an einem Stativ verschiebbar befestigt — Thermaesthesiometer.) Temperaturen zwischen 27 und 33° C. werden am feinsten unterschieden und zwar fast überall Differenzen von einem halben Grad und weniger; an der Wange sogar nur 0,2° C.; am Rücken etwa 1°. — Stärkere Abweichungen von diesen Zahlen müssen als pathologisch angesehen werden. — Abwechselndes Eintauchen der Finger, Hände oder Füsse in verschieden erwärmtes

Digitized by Google

Wasser kann diese feineren Untersuchungsmethoden einigermassen ersetzen. — Die Prüfung des Ortsinns (Raumsinns) geschieht am einfachsten so, dass man eine beliebige Hautstelle mit dem Finger oder der Nadelspitze berührt, während der Kranke die Augen geschlossen hält, und ihn dann die berührte Stelle angeben lässt; die in die Breite der Gesundheit fallenden Fehler in der Genauigkeit dieser Angaben entsprechen ungefähr der Grösse der nöthigen Distanz der Cirkelspitzen an den verschiedenen Hautstellen nach der Methode von E. H. Weber. — Die Methode mit dem Weber'schen Tastercirkel gibt exactere und in Zahlen ausdrückbare Resultate. Man sucht dabei die geringste Distanz zu ermitteln, bei welcher zwei räumlich von einander getrennte Tasteindrücke noch als gesonderte, als zwei, empfunden werden. Diese Distanz ist an verschiedenen Stellen sehr verschieden und kann unmittelbar an dem Cirkel abgelesen werden; jede über die Norm gehende Vergrösserung dieser Distanz bedeutet eine Abnahme des Ortsinns. Die Normaldistanzen sind von Weber mit grosser Sorgfalt ermittelt worden; Zungenspitze — 1,2 Mm., Fingerspitze — 2,25 Mm., Dorsalseite der 1. Fingerphalanx — 16 Mm , Handrücken — 31 Mm., Vorderarm und Unterschenkel ca. 40 Mm., Rücken 40—70 Mm., Oberarm und Oberschenkel — 77 Mm. — Natürlich dürfen nur erhebliche Abweichungen von diesen ungefähren Normalzahlen als pathologisch bezeichnet werden; denn die individuellen Differenzen sind bei verschiedenen Individuen sehr gross und durch Uebung in diesen Untersuchungen können auch beträchtliche temporäre Schwankungen herbeigeführt werden.

Unter den Prüfungen des Gemeingefühls steht diejenige der Schmerzempfindung obenan. Dieselbe kann leicht geprüft werden durch Nadelstiche, Brennen, Kneipen, starken Druck, auch durch Anwendung starker faradischer Ströme. — Das Kitzelgefühl wird in bekannter Weise untersucht. — Die von Leyden angegebene Prüfung der elektrocutanen Sensibilität (mittelst einer Art farado-elektrischen Tastercirkels sucht man die Stromstärke zu bestimmen, bei welcher noch eine elektrische Minimalempfindung entsteht; der in Mm. ablesbare Rollenabstand der Inductionsspiralen gibt dafür die vergleichbaren Zahlenwerthe) ist sehr unsicher, vorwiegend wegen der verschiedenen Dicke und Leitungsfähigkeit der Epidermis.

In einzelnen Fällen kann endlich die Untersuchung der Hautsensibilität noch dahin vervollständigt werden, dass man die Zeitdauer der Empfindungsleitung zu bestimmen sucht; es kommen nämlich Fälle von verlangsamter Empfindungsleitung nicht gar zu selten vor. Handelt es sich um erhebliche Verlangsamung, so wird man dieselbe schon daran erkennen können, dass die Kranken einen Gefühlseindruck durch Ausruf oder Fingerheben (bei geschlossenen Augen) viel später markiren als normal.

Es lassen sich mittelst dieser Methoden Art, Grad und Ausbreitung der Anästhesie, worin die verschiedensten Combinationen vorkommen, feststellen.

(Wird fortgesetzt.)

Digitized by Google

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

120. Allgem. ärztl. Verein in Cöln. Sitzung vom 10. April 1876. Köster (Bonn): Ueber Tuberculose und Phthise.

Vortragender betrachtet die allgemeine Miliartuberculose nicht als eine durch Resorption eines Zerfallproductes entstandene entzündliche Neubildung, sondern als Metastase einer malignen Geschwulstneubildung. Er setzt somit für jede allgemeine Miliartuberculose eine primäre Tuberculose voraus, wie bei einer Krebsmetastase ein primärer Krebs vorausgesetzt wird. Die primäre Tuberculose ist aber ausserordentlich verbreitet. Einmal sind fast alle käsigen Herde, die man früher als Infectionsherde für die Tuberculose erkannte, wirklich tuberculöse Herde, das andere Mal existiren eine grosse Masse von entzündlichen Herden, in denen Tuberkel sich zu entwickeln pflegen. Die letzteren habe man unrichtiger Weise „locale Tuberculosen" genannt und damit ihre Bedeutung, ihre Infectionskraft geleugnet. Thatsächlich existire aber kein principieller Unterschied zwischen den gewöhnlich käsig werdenden und den nicht käsig werdenden primären Tuberkelherden. In beiden ist die chronische, d. h. granulirende Entzündung das primäre, die Entzündung ist das Bett, in welchem die Tuberkel ausgebrütet werden. Jeder derartige Herd enthält an sich die Gefahr, eine allgemeine Miliartuberculose hervorzurufen, d. h. metastatisch multipel in anderen Organen auftreten zu können. Nur der Grad der Gefahr ist verschieden. Dieses Moment genügt aber nicht zur Aufstellung einer gefahrlosen „localen Tuberculose". Auch diese ist als primäre Tuberculose aufzufassen. Verbreitungsweise dieser, Uebergreifen auf die Nachbarschaft, auf andere Organe, namentlich die correspondirenden Lymphdrüsen, multiples Auftreten in gewissen Organen, metastatisches Auftreten u. s. w. hat die primäre Tuberculose in analoger Weise wie die malignen Tumoren.

121. Aerztlicher Verein zu Marburg. Sitzung vom 2. Juni 1876.

Prof. Schmidt-Rimpler berichtet über einen Fall von Phlebitis ophthalmica mit letalem Ausgang, den er in Gemeinschaft mit Hueter zu beobachten Gelegenheit hatte. Bei einem sonst gesunden 25jährigen Mädchen bildete sich am rechten Auge ein Oedem der äusseren Lidhaut und Exophthalmus, nachdem ein paar Tage vorher die Conjunctiva im äusseren Augenwinkel geröthet gewesen war. Allgemeinerscheinungen fehlten fast ganz, erst am 5. Tage Abends trat hohes Fieber ein. Am nächsten Tage war die Patientin soporös und starb am Nachmittag. Die Sektion ergab am oberen Orbitaldach eine rauhe, von Periost entblösste Partie. In der Vena ophthalmica lag ein zum Theil eiterig zerfallener Thrombus, der sich aber nicht in den intracraniellen Theil des Gefässes fortsetzte. In den verdickten Gefässwandungen fanden sich abscessähnliche Zellen-Einlagerungen. In den Augenmuskeln und im rechten Stirnmuskel bestanden multiple kleine Eiterherde; ebenso unter der Lidhaut. Am Gehirn und seinen Häuten nichts Abnormes. — Der Vortragende erklärt sich den Verlauf der Erkrankung so, dass eine Caries das Primäre gewesen; diese habe zur Thrombose der Vene geführt, und schliesslich sei der Tod durch Pyämie erfolgt.

Prof. Mannkopff theilt einen Fall von Bleikolik mit, bei welchem die Vergiftung dadurch stattgefunden hatte, dass der Kranke, ein 30jähriger Eisenbahnarbeiter, beim Plombiren von Güterwagen die Bleiplättchen häufig in den Mund genommen hatte. Unter Vorlegung einer Serie von Pulscurven wurden die bei Bleikolik oft zu beobachtenden, in dem betreffenden Fall sehr ausgesprochenen Eigenthümlichkeiten des Radialpulses erörtert. Der anfangs etwas langsame, später beschleunigte Puls zeigte sich bei mässiger Völle und ziemlich geringer Wellenhöhe exquisit durus et tardus. Die Pulscurven sind der von Frank abgebildeten

Digitized by Google

Curve sehr ähnlich, nur dass die Incisur zwischen den beiden Zacken der Curvenkuppe stärker ausgeprägt ist. — Mehrfache Amylnitrit-Inhalationen übten, obwohl sich der Puls in bekannter Weise vorübergehend änderte, keinerlei Einfluss auf die Kolikschmerzen aus; nur bei einer Inhalation sollen dieselben etwas gelinder geworden sein. Demnach hat das Amylnitrit die von Frank in allen Fällen beobachtete schnell vorübergehende, schmerzstillende Wirkung doch nicht immer; und deshalb ist auch der von Frank aus seinen Wahrnehmungen abgeleitete Versuch einer Erklärung des Kolikanfalles mit einiger Vorsicht aufzunehmen. — Während der Reconvalescenz kehrte die Pulsbeschaffenheit allmälig zur Norm zurück.

Sitzung am 2. August 1876. Prof. Schmidt-Rimpler berichtet über Cornea-Impfungen, die mit blenorrhoischem Thränensacksecret an Kaninchen ausgeführt waren. Es hatte sich dabei ergeben, dass das Secret der meisten Thränensackaffectionen eine specifische Keratitis erzeugt. Durch gewisse desinficirende Mittel (Chlorwasser, Carbolsäure, Salicylsäure etc.), in die das Secret vor der Impfung gelegt wurde, konnte der Entstehung der Keratitis vorgebeugt werden.

122. **Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur.** Sitzung vom 14. Juli 1876. Dr. Lassar referirte über Versuche, welche im Breslauer pathologischen Institut angestellt wurden, um Aufschluss zu erhalten über die Beschaffenheit des Oedems und die Art seiner Fortschaffung durch die Lymphwege unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen.

Das entzündliche Oedem unterscheidet sich von dem durch Stauung entstandenen wesentlich durch den hohen Grad seiner Concentration (Dickflüssigkeit und sehr reichliche Trockenrückstände, $6^1/_2$—9 pCt.), seinen Reichthum an farblosen Blutkörperchen und die schnelle und vollständige Gerinnung. — Das Stauungsödem, oft durch rothe Blutkörper gefärbt, ist stets arm an weissen Blutkörperchen, sehr dünnflüssig, gerinnt langsam und unvollständig und hinterlässt beim Trocknen nur wenig feste Rückstände (2—1 pCt.). — Das Oedem entsteht erst, wenn die Lymphgefässe nicht mehr im Stande sind, die Flüssigkeitsmengen aus den Gewebeu fortzuschaffen, und dem entsprechend ist die Fülle und Geschwindigkeit des Lymphstroms rapide gesteigert von dem Augenblick an, wo die für das Zustandekommen des Oedems wirksamen Factoren (Entzündung oder Stauung) entstehen. Aus dem charakteristischen Unterschiede des entzündlichen und des Stauungsödems lässt sich mit Sicherheit schliessen, dass bei der Entzündung chemische und morphotische Bestandtheile in ganz anderer Weise die Blutbahn verlassen, als es bei mechanischen Circulationshindernissen der Fall ist. Im Gegensatz zu der Stomata-Theorie von Arnold ist vor allen Dingen zur Erklärung dieser Thatsache die von Cohnheim angenommene entzündliche Veränderung der Gefässwandung heranzuziehen.

Sitzung vom 27. October 1876. Prof. Dr. Scheidlen sprach über die Anwendung des Spectroskopes zur Entdeckung von Fälschungen in einigen Nahrungsmitteln:

Unter Hinweis darauf, dass es verschiedene Methoden der Untersuchung von Fälschungen der Nahrungsmittel gebe, führt der Vortragende aus, dass das Verdienst, zuerst das Spectroskop zu diesem Zwecke mit Erfolg angewendet zu haben, Sorby in London gebühre. Die Spectroskope, die zu derartigen Untersuchungen benützt werden, haben eine von der gewöhnlichen, von Steinheil angegebenen Form abweichende Einrichtung. Sie bestehen aus einem Ocular, wie solche bei Mikroskopen gebraucht werden, zwischen dessen Collectiv und Augenglas die Gravesend'schen Schneiden, sowie ein Vergleichsprisma sich befinden; ferner besitzen dieselben statt eines Prisma ein Prismensystem, das aus 3 oder 5

Digitized by Google

Prismen besteht. Diese Spectroskope werden beim Gebrauch auf den Tubus eines Mikroskops aufgesteckt. Der Vortragende zeigt das Mikrospectroskop von Browning, das im Besitze des physiologischen Instituts des Prof. Cohn ist, das Mikrospectroskop von Hartnack, das ihm von Geheimrath Göppert geliehen war, sowie das Mikrospectroskop von Zeiss in Jena, das mit einem Messapparat versehen ist, welcher eine absolute und allgemein giltige Lagebestimmung heller oder dunkler Linien im Spectrum durch directe Angabe ihrer Wellenlänge auszuführen gestattet. Dieses vortreffliche Instrument besitzt das pathologische Institut des Prof. Cohnheim. Mittelst dieser Instrumente lässt sich constatiren, dass die Farbe dunklen Weines im Laufe der Zeit eine allmälige Aenderung erfährt und dass diese Aenderung durch das jeweilige Spectrum dieses Weines sich zu erkennen gibt. Diese Aenderung der Farbe des Weines beruht wahrscheinlich auf einem Oxydationsprocess, wenigstens lassen sich die nämlichen Aenderungen künstlich durch Zusatz oxydirender Agentien hervorrufen. Anders ist das Spectrum des Extracts frischer Trauben, anders jungen, anders alten Weines. Auf dieser Thatsache fussend, hat Sorby eine Methode angegeben, das ungefähre Alter von im Fass befindlichem Rothwein zu bestimmen. Das Princip dieser Methode beruht in dem Vergleichen der Spectren zweier Weine, von denen der eine künstlich durch Zusatz von Citronensäure und Natriumsulphid alt gemacht, der andere aber unverändert gelassen wird. Man hat nun zu bestimmen, eine wie viel geringere Schicht von dem unveränderten Wein das gleiche Spectrum erzeugt, als die 1 Centm. hohe Schicht des mit Natriumsulphid versetzten. Verdünnt man den Wein vor des Untersuchung gleichmässig, so ergeben sich grössere Differenzen in der jeweiligen Höhe der zu bestimmenden Schichten. Die Untersuchung kann dadurch genauer gemacht werden. Der Vortragende bespricht nun die Fälschungen des Rothweines, welche durch das Spectroskop erkannt werden können. Um aus Weisswein Rothwein zu machen, benützt man die Extracte von Pernambukholz, Campecheholz, Ratanhawurzel oder die Extracte der schwarzen Malve oder der Heidelbeeren. Werden diese Stoffe dem Weine beigegeben, so können dieselben durch alcoholische und ätherische Extracte, die aus den betreffenden Weinen bereitet werden, erkannt werden, da jedem dieser Farbstoffe ein eigenthümliches Spectrum zukommt. Weisswein wird jetzt nicht mehr durch Zusatz von Farbstoffen verfälscht, vielmehr wenden die Weinproducenten Alles an, den Wein möglichst farblos zu machen. Mittel, die hierbei in Anwendung gezogen werden, sind Hausenblase, Gelatine etc. Der Farbstoff, welcher sich beim Brauen des Bieres als Malz bildet, zeichnet sich dadurch aus, dass er, in geeigneter Lösung vor das Spectroskop gebracht, ein wohl markirtes Band am gelben Ende des Grün erkennen lässt. Der Farbstoff des Hopfens, welcher durch Alcohol aus demselben extrahirt werden kann, unterscheidet sich von dem des Malzes dadurch, dass er durch Natriumhypochlorid in saurer Lösung gelb gefärbt wird, während der Farbstoff des Malzes durch die nämliche Lösung orange wird. Beliebte Zusatzmittel zum Färben des Bieres sind Lakritzen, sogenannte Zuckercouleur, Pikrinsäure, Enzianwurzel und Columbowurzel. Lakritzensaft ist im Biere sehr schwer optisch nachzuweisen; so leicht der Farbstoff des Malzes und der der Lakritzen von einander unterschieden werden kann, so schwierig ist es, beide Farbstoffe im Biere nebeneinander zu unterscheiden. Doch lässt sich bei einiger Uebung, wenn geeignete Mengen verarbeitet werden, der Nachweis von Lakritzen führen. Ist Enzianwurzel im Biere und zu gleicher Zeit auch Hopfen, so lässt sich der Nachweis des Enzians optisch nicht führen; zur Erkennung der Enzianwurzel muss man andere Wege einschlagen. Die Columbowurzel ist ein beliebter Zusatz zu Bier. Ihre Anwesenheit wird im alcoholischen Extract des Bieres durch ihr Spectrum und durch ihr Verhalten gegen Natriumhypochlorid erkannt. Der Farbstoff der Columbowurzel wird dadurch roth, während die Farbstoffe des aus Malz und Hopfen bereiteten

Digitized by Google

Bieres blassgelb werden. Die Pikrinsäure kann in ganz geringer Menge erkannt werden, da die ätherischen Extracte des Bieres durch dieselbe stark gefärbt werden. Eben so leicht gelingt der Nachweis, wenn Gelbwurz zum Biere gegeben wird. Da der Begriff dessen, was man Bier zu nennen habe, nicht amtlich festgestellt ist, so kann fraglich erscheinen, ob obige Zusatzmittel zum Biere als Verfälschungen anzusehen sind. Der Vortragende bespricht demnächst noch die Zusätze von Cochenille zu Rosenliqueur, von Gelbwurz zu Senf, von Crocus zu Saffran. Diese Farbstoffe können durch das Spectroskop meist sofort erkannt werden. Dieselben lassen sich auch leicht chemisch nachweisen. Zum Schlusse seines Vortrages demonstrirte der Vortragende das Spectrum jungen, alten und altgemachten Weines, des Pernambukholzes und des Campecheholzes.

Dr. Hirt. Ueber die Luft der Wohnungsräume und die Mittel, sie zu verbessern.

Anknüpfend an seinen früheren Vortrag über die Luft der Wohnungsräume hinsichtlich ihres Feuchtigkeitsgehaltes bespricht der Vortragende die chemischen Verunreinigungen der Luft. Diese Verunreinigungen sind theils unvermeidlich, theils vermeidbar. Unvermeidlich sind die Verunreinigungen, welche durch das Athmen der Bewohner, sowie durch die erforderliche Beleuchtung verursacht werden, vermeidlich diejenigen, welche in der Nähe der Aborte ihren Grund haben. Bezüglich der unvermeidlichen Verunreinigung der Luft durch das Athmen der in den Wohnungsräumen lebenden Menschen führte der Vortragende aus, dass ein erwachsener Mensch in einer Minute 16 Athmungen vollziehe und bei jeder Athmung 800 Ccm. Luft einathmet, also per Minute 8 Liter, per Stunde 480 Liter. Der Sauerstoffverbrauch pro Kopf und Stunde beträgt 34 Gramm, in 24 Stunden 600 Gramm, dagegen liefert seine Athmung 20 Ccm. Kohlensäure. Die ausgeathmete Kohlensäure beträgt also in 1 Stunde $^5/_6$ Cbfss., in 24 Stunden 20 Cbfss. Enthält die Luft mehr Kohlensäure, als 1 pro Mille, dann ist sie schlecht; um in einem Zimmer gut zu bleiben, muss es also pro 24 Stunden und Kopf 60 Cbm. frische Luft enthalten, d. h. 8 M. lang, 10 M. breit und 3 M. hoch sein. Dem gegenüber weist der Vortragende darauf hin, dass in unsern gewöhnlichen Mittelwohnungen von 3 Zimmern, Cabinet und Küche bei einem Cubikinhalt von etwa 450 Cbm. meist 8—9 Personen wohnen. Bezüglich der Verunreinigung der Luft durch künstliche Beleuchtung macht der Vortragende auf die neuere Arbeit von Erismann aufmerksam, deren Resultate sich eben in folgender Weise zusammenfassen lassen: 1. Unter allen Umständen enthält die Luft des geschlossenen Raumes mehr Kohlensäure, als bei Abwesenheit künstlicher Beleuchtung. 2. Die in der Luft vorhandene Kohlensäure kann bei den verschiedenen Arten von künstlicher Beleuchtung nicht als Massstab der Verunreinigung der Luft durch die Producte unvollkommener Verbrennung angesehen werden. 3. Petroleum liefert bei guter Construction der Lampe weniger Kohlensäure und, was wichtiger, weniger Producte unvollkommener Verbrennung, als die übrigen Beleuchtungsmittel. Stearinkerzen verunreinigen bei gleicher Lichtstärke die Luft am meisten. 4. Luftverunreinigungen durch Producte der unvollkommenen Verbrennung verhalten sich für Petroleum, Leuchtgas, Rüböl, Kerze wie 1 : 4 : 4 : 7. 5. Die Verschlechterung der Luft ist bei guter Ventilation und vorausgesetzt, dass die angewendeten Materialien möglichst rein waren, nicht gefährlich. 6. Rüböl und Gas steigern bei gleicher Lichtstärke die Temperatur mehr als Petroleum 7. In Bezug auf organische Bestandtheile verunreinigen 4 Personen die Luft ebenso wie eine Gasflamme von 6 Normalkerzen Lichtstärke. — Als die Todfeinde der Luft in den Wohnungen bezeichnet Redner die Senkgruben; am schlimmsten sind dieselben, wenn sie sich innerhalb der Umfassungsmauern des Wohngebäudes, sehr schlimm auch, wenn sie sich im Hofe, womöglich dicht unter den Hinterfenstern

Digitized by Google

des Hochparterres befinden. Die Verunreinigung der Luft durch die Senkgruben ist quantitativ ebenfalls von Dr. Erismann bestimmt worden. Eine 18 Cbm. grosse Grube liefert in 24 Stunden 11,144 Gramm Kohlensäure 2040 Gr. Ammoniak, 33 Gr. Schwefelwasserstoff, 7464 Gr. übelriechende organische Substanzen. Der Vortragende demonstrirte nun mehr an einem ausgezeichnet gearbeiteten Stubenmodell, welches mit Rauch dicht erfüllt wurde, die Bewegung der Luft, zeigte den Einfluss des brennenden Kronleuchters, den Einfluss der Ofenheizung auf die Luft des Zimmers und erklärte den Anwesenden, gestützt auf die einschlägigen physikalischen Experimente die Bedeutung des Wolpert'schen Schornsteinaufsatzes, welcher, auf einen hierorts noch nicht gezeigten Meidinger'schen Rauchapparat aufgesetzt, in seiner Thätigkeit demonstrirt wurde.

(Allgem. Medic. Central-Ztg.)

123. Mittheilungen aus dem Vereine deutscher Aerzte in Prag.

Prof. Klebs: Sectionsbefund einer unter den Erscheinungen einer Frontal-Occipitalneuralgie unerwartet verstorbenen Kranken.

Ein 32jähriges Mädchen, Erzieherin, sonst stets gesund, erkrankte drei Wochen vor ihrem Tode unter heftigen, Tag und Nacht anhaltenden Schmerzen in der Stirngegend, die sich im weiteren Verlaufe nach dem Hinterhaupte hinzogen. Am Herzen keine Veränderung nachweisbar; der Puls anfangs etwas retardirt, zählte 3 Tage vor dem lethalen Ausgange 100 Schläge, die Temperatur stieg nie über 37° C. Eine Paralyse des Levator palpebrae sin. war die einzige Lähmungserscheinung, die kurz vor dem Tode zugleich mit Schlingbeschwerden und Speicheln auftrat. Der Harn zeigte reichliches Uratsediment, doch weder Albumin noch Zucker. Die Section ergab Veränderungen im Gehirn, Herzen und in den Lungen. Die Dura mater zeigte einen ausserordentlichen Blutreichthum, die Injection der arteriellen und venösen Gefässe war eine gleichmässige; die Venen führten rothes Blut; die kleinen Arterien selbst in ihren feinsten Ramificationen erweitert. Im Sinus longitud. flüssiges dunkles Blut. Die Dura mater auf der Innenfläche trocken, und zeigte beiderseits gleiche, bedeutende Spannung. Die Oberfläche der Pia des Grosshirns zeigte eine trockene Beschaffenheit, wie auch die Innenfläche der Dura, Gyri abgeplattet; der Balken stark gewölbt; die Seitenventrikel bedeutend erweitert; das Ependym derselben mässig verdichtet, glatt, die Corp. striata abgeflacht, die Substanz der Hemisphären zeigte einen geringeren Blutreichthum, die graue Substanz war äusserst blass. Der Sinus an der Schädelbasis mit dunklem flüssigem Blut gefüllt. Das Foramen Monroi bedeutend erweitert, der dritte Ventrikel weniger dilatirt; die hinteren Schenkel des Fornix papierdünn ausgezogen; das absteigende Horn des rechten Seitenventrikels weniger erweitert als links; Corp. striat. rechts auffallend abgeplattet gegen die Stria cornea hin; die beiden Thalami optici ebenfalls abgeplattet. Die Plex. choroides sehr dünn und zart. Der 4. Ventrikel enthält eine grosse Menge klarer Flüssigkeit; der Proc. choroid. post. adhärirt sehr fest, so dass ein vollständiger Abschluss erzeugt wird; die untere Wandung des Ventrikels zeigte eine tiefe Aushöhlung; die Seitentheile (Nidi) ebenfalls stark erweitert, ebenso der Aquaeductus Sylvii; Kleinhirn schlaff, Umgebung der Nester erweicht, in weissen Brei verwandelt (postmortale Erweichung). Im Herzbeutel fand sich eine ziemliche Menge klaren Serums; das Herz gleichmässig vergrössert, das Epicardium fettreich; das rechte Herz dilatirt, seine Musculatur hypertrophisch, die linke Herzhöhle enger, Musculatur stark verdickt. Insufficienz der Mitralis und Stenose am linken Ostium atrio-ventriculare. Die linke Lunge überall lufthaltig, die Bronchien enthalten etwas wenig eitrig-schleimige Flüssigkeit. Die rechte Lunge ist sehr blutreich, vergrössert, lufthaltig, enthält in einzelnen Bronchien des Unterlappens reichliche Schleimmassen, die mit schmutzig

Digitized by Google

gelblich gefärbten Partikeln, dem Mageninhalt angehörend, gemischt sind und sehr zähe Massen bilden. Im Rachen zähe Schleimmassen, mit denselben gelblichen Substanzen untermischt, wie in den Bronchien, im Larynx derselbe Inhalt. Der Fall bietet auch abgesehen von dem plötzlichen und unerwarteten Eintreten des Todes, wie Redner ausführt, einiges Interesse dar, indem sich aus der pathologisch-anatomischen Untersuchung eine Reihe von Erscheinungen während des Lebens erklären lassen. Zunächst dürfte es klinisch von Interesse sein, dass der bei der acuten Entwicklung eines Hydrocephalus internus auftretende Kopfschmerz sich zuerst in der Frontalregion bemerklich machte, dann weiter nach hinten fortschritt und sich in der Hinterhauptgegend localisirte. Es liegt nahe, dieses Ereigniss mit der von den Seiten-Ventrikeln auf den 3. und durch den Aquaeductus Sylvii auf den 4. fortschreitenden Dilatation in Zusammenhang zu bringen. Die bedeutende Aushöhlung des Bodens des 4. Ventrikels ferner konnte nicht ohne Einwirkung auf das Respirationscentrum in der Medulla oblongata bleiben, ohne dass jedoch die Störung einen solchen Grad erreichte, dass durch die Compression der Medulla oblongata selbst etwa der Tod eingetreten wäre. Andererseits ist es aber sehr verständlich, dass bei einem plötzlich eintretenden, wenn auch nicht sehr hochgradigen Respirationshindernisse, wie es hier durch die Aspiration von Schleimmassen aus dem Nasen- und Rachenraume, die mit Mageninhalt vermischt waren, geschehen ist, eine Unterbrechung dieser Function und damit ein plötzlicher Tod eintrat. Ein anderes Unterstützungsmoment dieses plötzlichen und unerwarteten Todes liegt sodann in der während des Lebens nicht constatirten, vielleicht nicht constatirbaren Herzaffection. Es zeigt uns der Fall in dieser Beziehung die nicht wenig beachtungswerthe Thatsache, dass eine Schrumpfung der Mitralis, wenn die Ränder der Klappenzipfel vollständig abgeglättet sind, wenigstens unter den gewöhnlichen Bedingungen des Herzschlages keine physikalischen Zeichen zu liefern braucht, und dass auch die von der Insufficienz abhängigen Circulationsstörungen gering genug sein können, um der Aufmerksamkeit des Arztes zu entgehen. Gar keinen Anhaltspunkt liefert dagegen der Fall für die Frage nach der Entstehung des Hydrocephalus, wenn man denselben nicht etwa in Beziehung setzen will zu den rheumatischen Veränderungen, welche an den Klappen des Herzens allerdings Spuren zurückgelassen, hier aber vollkommen abgelaufen sind. Der Vortragende glaubt darauf hinweisen zu müssen, dass nicht selten gerade derartige Individuen acuten entzündlichen Processen verfallen, die entweder im Ependym der Ventrikel oder, was noch häufiger ist, in der weichen Hirnhaut ablaufen. Oft sind leichte rheumatische Beschwerden in der Musculatur oder katarrhalische Zustände im Nasen-Rachenraume die einzigen Störungen, welche in der scheinbar freien Zeit zwischen den einzelnen Anfällen wahrgenommen werden können. K.'s Ansicht nach handelt es sich hier, wie bei allen rheumatischen Affectionen, um eine durch Monaden-Entwicklung bedingte Infectionskrankheit, welche eben durch längere Zeiträume ganz oder nahezu latent werden kann. Nachträglich sei hier bemerkt, dass K. später einen ganz analogen Fall beobachtete, in welchem der tödtliche Ausgang durch eine in acutester Weise verlaufende Leptomeningitis bedingt wurde.

Prof. Klebs demonstrirte ausser den in Rede stehenden Präparaten den Uterus desselben gerade während der Menstruation verstorbenen Mädchens und zeigte, dass die Schleimhaut des Uteruskörpers ausschliesslich das Blut für die Menstruation lieferte. Dieselbe war stark geröthet und geschwellt, mit Blut bedeckt, während die Schleimhäute beider Tuben ganz blass waren. Es ergibt sich hieraus, dass die Blutanhäufungen in den Eileitern, welche bei Atresie der Geschlechtswege stattfinden, durch vom Uterus hereindringendes Menstrualblut gebildet werden, eine Wahrnehmung, welche zu frühzeitiger Beseitigung der Atresie auffordert, um dieser gefährlichen Complication vorzubeugen. Die Adnexen des

Digitized by Google

Uterus waren durch Adhäsionen im kleinen Becken fixirt; die Schlinge der Flexura sigmoides im Douglas'schen Raume angelöthet, das untere Ende derselben ging über das Promontorium und dann in scharfer Krümmung in das Rectum über, — ein Befund, der, wie der Vortr. ausführte, die bei Perioophoritiden häufig vorkommenden Kothstagnationen erklären lasse. (Prager medic. Wochenschr.)

124. Verein der Aerzte in Nieder-Oesterreich. Section Wien. Sitzung vom 22. December 1876. Dr. Eduard Lewy: Prophylaxis der Diphtheritis.

Die gegenwärtig (auch, Ref.) in Wien häufigen Diphtheritiserkrankungen charakterisiren sich durch die bekannten Plaques, welche primär meist im Rachen ihren Sitz haben, und von da auf den Kehlkopf übergreifen, das heftige Fieber, die Schwellung der Halsdrüsen u. s. w. und durch den hohen Grad der Contagiosität, die insbesondere den Secreten der Mundhöhle des Erkrankten anhafte. Die Anhänger der Theorie, dass die D. ein locales Leiden sei, ätzen die Plaques mit Höllenstein oder Kali causticum in Substanz, mit Salpetersäure, Chlorwasserstoffsäure, mit Chloreisen, Carbolsäure, blasen Schwefelblumen in den Rachen, oder appliciren verkehrter Weise sogar Blutegel. Jene, welche die Diphtheritis als Blutkrankheit ansehen, lassen Eispillen schlucken, verordnen grosse Gaben von Chinin, sehen aber dabei auch durch Gurgelwasser von Chlorkali wie durch Inhalationen von Kalkwasser und Carbolsäurelösung local auf die Plaques zu wirken. Die Therapie mit Salicylsäure und salicylsaurem Natron habe gar keine Resultate geliefert. Es erscheint L. wünschenswerth, bei allen Aerzten des Vereines eine Enquête über die bei der gegenwärtigen Epidemie von ihnen verwendeten Heilmethoden und die erzielten Resultate einzuleiten. Gleichzeitig könnten noch zwei andere Fragen erledigt werden: 1. ob dasselbe Individuum zu wiederholten Malen von Diphtheritis befallen wird, und 2. ob an Diphtheritis nach Scharlach erkrankt gewesene Individuen vor reiner Diphtheritis geschützt sind. Wenn wir die Ursachen des häufigen Auftretens der Diphtheritis zu erforschen suchen, so wird als eine der wichtigsten das sociale Elend gewisser Volksclassen erscheinen. Es fand die Diphtheritis anfangs „ganz gewiss" eine geeignete Brutstätte nur dort, wo die durch Elend grossgezogene Indolenz, Schmutz, schlechte Ernährung des Individuums, Verderbniss der Luft durch Ueberfüllung der Wohnungen ihrer Entwicklung förderlich waren, und versendet jetzt erst keimfähige Samen in die Häuser der besser situirten Bevölkerung. — Die behördlichen Massregeln gegen die D. können nur darauf basiren, dass alle Aerzte verpflichtet werden, jede Erkrankung der Behörde anzuzeigen, welche mit entsprechender Machtvollkommenheit und den nöthigen Mitteln zur Durchführung der getroffenen Massregeln ausgestattet ist. Wünschenswerth wäre ferner, dass unsere Krankenhäuser statt der üblichen Krankenträger Sanitätswägen erhielten, und sollten eigene Zimmer für die Aufnahme Diphtheritiskranker eingerichtet werden. Bei heftigem Auftreten der Epidemie wären die Schulen zu schliessen. Es wäre die sofortige Transferirung der Leichen aus den Häusern auf den Friedhof und nicht in die Leichenkammern, die oft sehr unzweckmässig situirt sind, zu veranlassen. Die Leichen sollen nicht getragen, sondern gefahren, und das Leichenfuhrwerk fleissig desinficirt werden. Endlich wäre zu beachten, dass die von den Friedhöfen rückkehrenden Leichentransportwägen nicht unterwegs allenfalls bei Wirthshäusern anhalten. Sollen die zwangsweise zu erstattenden Anzeigen der Aerzte von praktischem Nutzen sein, so wäre eine sehr wichtige Massregel, dass an alle Bewohner eines Hauses, in welchem Diphtheritisfälle vorgekommen sind, officielle Instructionen über das Verhalten bei dieser Krankheit ausgefolgt werden, und sobald der Erkrankte als genesen oder gestorben bezeichnet wird, sofort zwangsweise die amtliche Desinfection des Krankenzimmers und der zurückgebliebenen Effecten veranlasst werde. L. meint, man sollte populär

Digitized by Google

abgefasste Belehrungen massenhaft verbreiten, welche in gemeinverständlicher Sprache unterweisen, wie man sich bei einer Diphtheritisepidemie zu verhalten habe. Insbesonders sind es die Lehrer, welche durch rechtzeitige Entfernung erkrankter Schulkinder viel Gutes stiften können. In diesen Belehrungen soll auch enthalten sein, wie die Krankenstube zu desinficiren sei. Bevor ein Kind, wenn es wieder genesen ist, der Familie zurückgegeben wird, soll dasselbe ein Bad, zu welchem man etwas Carbolseife gibt, nehmen. Alle Gegenstände, mit denen das Kind während der Krankheit in Berührung gekommen ist, sollen desinficirt werden, „Gegenstände von geringem Werthe, wie Bettstroh u. dgl. werden verbrannt. Die Wände des Zimmers sollen frisch getüncht und der Fussboden, sowie auch andere Holzobjecte und Geschirre mit Javelle'scher Lauge gewaschen werden. Kleider, Wäsche u. dgl. des Krankgewesenen sind ebenfalls durch Auskochen mit Lauge sorgfältig zu desinficiren, und dürfen vor stattgehabter amtlich controlirter Desinfection weder verschenkt noch verkauft oder sonst veräussert werden." Der Verein der Aerzte Niederösterreichs beschliesse daher: I. Eine Enquête einzuleiten a) über die Resultate der von den einzelnen Mitgliedern des Vereins der Aerzte Niederösterreichs bei Diphtheritis verwendeten Therapie, b) über die Recidivirbarkeit der Diphtheritis und das Verhältniss der Scharlachdiphtheritis zur gegenwärtigen Diphtheritisepidemie; II. ein Comité einzusetzen, das zu berathen habe, a) welche Massregeln von den Sanitätsbehörden bei der gegenwärtigen Diphtheritisepidemie zu erlassen seien, b) welche Massregeln hat die Bevölkerung bei der gegenwärtigen Diphtheritisepidemie zu treffen, und in welcher Weise ist sie hierüber (eventuell durch eine von einem Comité verfasste Instruction) zu belehren.

125. 49. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg. *a*) Vortrag von A. Seeligmüller: Verletzungen des Hals-Sympathicus.

Die vom Ref. genauer studirten Erscheinungen von Seiten des Hals-Sympathicus, welche bei Verletzungen der Hals- und Schultergegend beobachtet werden, haben zwar in erster Linie kein specifisch chirurgisches Interesse, verdienen aber eine Besprechung, weil gerade die Chirurgen von Fach am meisten in der Lage sind, diese Erscheinungen zu beobachten. Es dürften diese Sympathicus-Affectionen durchaus nicht so selten sein, als es — nach der geringen Zahl der bis jetzt veröffentlichten Beobachtungen zu urtheilen — den Anschein haben könnte, da S. von den 13 bis jetzt veröffentlichten Fällen allein 8 beobachtet hat, offenbar, weil er seit etwa 6 Jahren seine besondere Aufmerksamkeit darauf richtete. Von diesen 13 Fällen zeigten 10 die Erscheinungen des Hals-Sympathicus — Schmerz, dagegen nur 3 die der Reizung. Entsprechend dem physiologischen Experimente verlaufen die Symptome der traumatischen Läsion des Hals-Sympathicus in drei gesonderten Reihen, nämlich als 1. oculopupilläre, 2. vasomotorische, 3. trophische Phänomene. — 1. Als oculopupilläre Symptome beobachtete S. in den Fällen von Sympathicuslähmung: Verengerung der Lidspalte, Verengerung der Pupille, Retraction des Bulbus in die Orbita; in den Fällen von Reizung dagegen umgekehrt: Erweiterung der Lidspalte und Pupille und Protrusion des Bulbus. Es würde zu weit führen, auf diese einzelnen Symptome näher einzugehen. Die constanteste Erscheinung ist die Veränderung der Pupillenweite, während das Zurück- oder Hervortreten des Bulbus nicht immer mit Sicherheit zu beobachten ist. In Betreff der Lidspalte hat S. in 2 Fällen von Sympathicus-Reizung die Beobachtung gemacht, dass dieselbe nicht, wie erwartet werden musste, erweitert, sondern deutlich verengert war. Ueberhaupt dürften die jetzt gangbaren Vorstellungen von der Function der Müller'schen Muskelfasern einer Revision bedürfen, indem auch andere Erscheinungen nicht damit in Einklang zu bringen sind. So z. B. schreibt man bekanntlich den in den Augenlidern gele-

Digitized by Google

genen glatten Muskelfasern die Eigenschaft zu, die Lidspalte zu erweitern. Wie kommt es dann aber, dass bei Lähmung des Oculomotorius diese die Lidspalte erweiternde Function nicht hervortritt, sondern die Lidspalte vollständig geschlossen ist? 2. Viel seltener als die oculopupillären Phänomene kommen die der zweiten Reihe, die vasomotorischen, zur Beobachtung. Für viele Fälle glaubt S. die Erklärung dieser eigenthümlichen Thatsache darin gefunden zu haben, dass die vasomotorischen Erscheinungen nicht, wie die oculopupillären, continuirlich, sondern sporadisch und in bestimmten „vasomotorischen Anfällen" auftreten. — Diese vasculären Symptome sind in den 10 Fällen von Sympathicus-Lähmung nur zwei Mal verzeichnet: in dem einen Fall zeigte sich nur vermehrte Röthe der der Läsion entsprechenden Gesichtshälfte, in dem anderen von S. selbst beobachteten ausserdem noch eine erhöhte Temperatur. Unter den von S. allein beschriebenen 3 Fällen von Sympathicus-Reizung konnte er nur in einem vasomotorische Erscheinungen constatiren, in diesem aber in so exquisitem Grade, dass selbst einem Laien der frappante Contrast zwischen der durch den Gefässkrampf auf der Seite der Läsion deutlich erblassten und der durch habituellen Abusus spirit. demnach hochroth gefärbten anderen Gesichtshälfte sofort auffallen musste. Ausserdem war auch die Temperatur im Gehörgange der verletzten Seite um fast 1° C. niedriger, als auf der gesunden. 3. Die trophischen Störungen sind ebenfalls verhältnissmässig selten notirt worden, nämlich in den 13 Fällen nur 5 Mal. Ueber die Zeit, wie lange nach der Verletzung sie zur deutlichen Erscheinung zu kommen pflegen, fehlen uns bis jetzt genauere Angaben. Doch scheinen sie in Fällen von Sympathicus-Reizung ausserordentlich schnell sich entwickeln zu können. Denn in dem einen Falle, in welchem die vasomotorischen Erscheinungen so hochgradig ausgebildet waren, war bereits 8 Tage nach der Verletzung die Abmagerung der entsprechenden Wange so weit vorgeschritten, dass sie nicht nur S., sondern auch dem Kranken selbst, ohne dass er darauf aufmerksam gemacht war, auffiel. — In diesen Fällen von Atrophie nach Sympathicus-Reizung lassen sich die so schnell nach der Verletzung eintretenden Ernährungsstörungen mit Brunner am ungezwungensten durch die Annahme eines chronischen Gefässkrampfes erklären. In den Fällen von Sympathicus-Lähmung dagegen können wir ohne die Annahme von specifisch trophischen Nerven keine ausreichende Erklärung für die complicirende Hemiatrophia facialis ausfindig machen. Was schliesslich die Art und den Ort der Verletzung anbetrifft, so handelte es sich in den 10 Fällen von Sympathicus-Lähmung 6 Mal um Schuss-, 1 Mal um Stich-Verletzung, 2 Mal um Schlüsselbein-Fracturen, von denen die eine inter partum entstanden war, 1 Mal um eine sehr heftige Contusion der Schultergegend; in den 3 Fällen von Sympathicus-Reizung aber war 1 Mal Contusion der Schultergegend mit, 2 Mal ohne Schlüsselbeinbruch die Ursache. Bekanntlich hatte schon früher Hutchinson auf das häufige Coincidiren von Lähmungen des Plexus brachialis mit Affection des Hals-Sympathicus aufmerksam gemacht. Dass diese Behauptung Hutchinson's nicht so ganz ungegründet ist, dürfte daraus erhellen, dass in jenen 13 Fällen der Plexus brachialis 9 Mal partiell oder total gelähmt war. In solchen Fällen ist es nun wahrscheinlich, dass nicht der Grenzstrang des Sympathicus selbst, sondern die Rami communicantes zwischen diesem und dem Plexus brachialis diejenigen Theile darstellen, deren Verletzung die Sympathicus-Phänomene hervorbringt. Hierauf bezügliche Experimente an Thieren haben S. bis jetzt noch zu keinem sicheren Resultat geführt. Sicherlich wird auch die Vermehrung des casuistischen Materials die genauere Feststellung des Territoriums, dessen Verletzung gewöhnlich Sympathicus-Affectionen zur Folge hat, ermöglichen und alsdann aus der Prädilectionsstelle der Läsion einen Schluss ziehen lassen auf die mehr oder weniger ausschliesslich betheiligten Nervenfasern des Sympathicusgebietes. — S. ist überzeugt, dass, wenn in Zukunft in allen Fällen von Verletzung der

Digitized by Google

Hals- oder Schultergegend auf eine etwaige Mitaffection des Sympathicus geachtet würde, die Zahl der Fälle von traumatischer Läsion des Hals-Sympathicus alsbald zu einer relativ grossen anwachsen dürfte. (Centralbl. f. Chirurgie.)

b) von Mering spricht über einige Punkte seiner Untersuchungen über Diabetes mellitus, die er zum Theil als Assistent der Frerichs'schen Klinik im verflossenen Winter angestellt hatte. Es gibt, wie Prof. Rosenstein zuerst nachgewiesen, eine Form des Diabetes, bei welcher der Zucker nur aus den eingeführten Kohlenhydraten, und eine andere Form, wo er auch aus Eiweiss gebildet werden soll. Viele Forscher bezweifeln aber eine Bildung von Zucker oder Glycogen aus reinem Eiweissstoff und glauben, dass der Zucker, welcher von Diabetikern auch bei reiner Fleischkost ausgeschieden wird, von dem in den Muskeln enthaltenen Zucker, Fett und Leim abstammt. Der Vortragende war bemüht, diese Streitfrage zu entscheiden. Ein Diabetiker, welcher bei gemischter Kost 5—600 Grm. Zucker ausschied, wurde während 14 Tagen ausschliesslich auf Fleischkost gesetzt, wobei er unter den nöthigen Cautelen eingeschlossen war. Die Zuckermengen, welche während dieses Zeitraumes ausgeschieden wurden, waren so erheblich, dass es unmöglich ist, sämmtlich ausgeschiedenen Zucker von dem im Fleisch enthaltenen Zucker, Fett und Leim abzuleiten. Noch stricter wurde der Nachweis für die Bildung des Harnzuckers aus Eiweiss geliefert, durch Beobachtung des Ganges der Zuckerausscheidung während 24—30stündigen Hungerns. Diese Versuche ergaben unzweifelhaft, dass es Diabetiker gibt, welche bei reiner Eiweissnahrung Zucker ausscheiden.

Es gelang von Mering, im Einklange mit den Erfahrungen von Külz, auch nachzuweisen, dass Albuminate eine beträchtliche Glycogenanhäufung in der Leber bewirken. Diese Beobachtungen stehen aber nicht im Einklange mit denen von Cantani, welcher nach 24stündigem Hungern stets den Zucker aus dem Harn verschwinden sah. Cantani behauptet ferner, dass der Zucker im Blute des Diabetikers kein Traubenzucker, sondern eine besondere Zuckerart sei, welche sich von anderen dadurch unterscheidet, dass sie optisch unwirksam ist; von Mering untersuchte Blut von Diabetikern und fand, dass der Zucker in demselben wie der Harnzucker rechtsseitig polarisirte, es ist also der Blutzucker des Diabetikers nicht verschieden von seinem Harnzucker. Musculus und Vortragender haben in einigen Fällen von Diabetes in geringer Menge einen links drehenden, in absolutem Alkohol unlöslichen, alkalische Kupferlösung reducirenden Körper gefunden, der nicht krystallisirte und nach dem Kochen mit verdünnten Säuren schleimig alkoholische Gährung einzugehen schien. von Mering bestätigte ferner durch Versuche die Külz'sche Beobachtung, dass Glycerin die Zuckerausscheidung beträchtlich vermehre, auch die schöne Beobachtung von Külz, dass das Kohlenhydrat Inulin selbst in der sogenannten schweren Form von Diabetes die Zuckerausscheidung nicht steigert, fand er bestätigt. Diese Thatsache ist für die Diätetik des Diabetikers von grosser Bedeutung. Sowohl die Faeces wie auch der Urin wurden mit negativem Erfolge auf Inulin geprüft. Seegen sprach zuerst die Vermuthung aus, dass es je nach der Nahrung verschiedene Modificationen von Glycogen gäbe. Der Vortragende hat nun das Verhalten des Glycogens, welches nach Einführung von Traubenzucker und Fibrin erhalten wurde, gegen Fermente und Säuren geprüft, ohne dass sich hierbei ein Unterschied ergab. Durch diesen Nachweis findet Seegen's Behauptung, dass die Zuckerausscheidung in jeder Form des Diabetes die Folge einer anomalen Umwandlung des Leber-Glycogens in Zucker ist, sicher keine Stütze. Gegen diese Theorie spricht auch wohl die Thatsache, dass, obwohl Glycerin und Inulin beide die Glycogenbildung in der Leber erheblich steigern, ersteres von wesentlichem, letzteres von keinem nachweisbaren Einflusse auf die Zuckerausscheidung ist. Loebisch.

Digitized by Google

c) Dr. Schulin: „Ueber den normalen Haarschwund." Das Haar bleibt bis zu seiner definitiven Entfernung im Zusammenhang mit der äusseren Wurzelscheide und wächst durch Nachschub von derselben her, allein der Ort dieses Zusammenhanges wechselt beim Haarschwund. Während er auf der Höhe der Entwickelung des Haares allein der Papilla entspricht, beginnt der Haarschwund damit, dass auch der unterste Theil der äusseren Wurzelscheide seine jetzt verhornenden Zellen dem Haare zusendet. Diese Mitbetheiligung verbreitet sich dann weiter nach oben, während die tiefer gelegenen Theile atrophiren. In Folge dessen bildet sich hinter einer das Haar ernährenden und in die Höhe wandernden Strecke ein atrophischer Epithelfortsatz, welcher sich später immer mehr verkleinert. Das Haar rückt mit seinem Keimlager ohne Mitwirkung einer äusseren Gewalt in die Höhe, eine solche ist aber zur definitiven Entfernung desselben nöthig. Nach dieser schrumpft der Epithelfortsatz immer mehr, erscheint noch als ein kleines Anhängsel der gewöhnlich hypertrophischen Talgdrüsen, die den oberen Theil des Haarbalges als Ausführungsgang benützen, und schwindet endlich ganz. Das Unna'sche Beetstadium entspricht einem bestimmten Entwickelungsstadium des Haarschwundes, sein Haarbeet entspricht der Insertionsstelle des M. arrector pili, die sich hier findende Erweiterung ist auf die Action dieses Muskels zu beziehen. Die Papille bleibt erhalten, verkleinert sich erst secundär und reicht mit dem unteren Ende des Epithelfortsatzes in die Höhe, schliesslich bis über die Insertionsstelle des M. arrector pili hinauf. Unter ihr bleibt ein anfangs sehr kernreicher Fortsatz zurück, an welchem sich später der Muskel inserirt. In ganz kahlen Glatzen findet man Muskelzüge, welche sich allein an Bindegewebsbündeln inserirend, die Haut durchsetzen und offenbar von Haarbalgmuskeln herrühren.

d) Dr. Unna: „Ueber den Sitz der Pocke in der Epidermis und die Epithelialblutungen." Die spätere Pockenhöhle entsteht aus einem soliden „Pockenkörper" und dieser wieder zum allergrössten Theil aus einer enormen Anschwellung des sogenannten Stratum lucidum, der basalen Hornschicht. Es findet zuerst in der Mitte eine Proliferation, dann theils ein Zerfall, theils eine Compression der geschwollenen Hornzellen, demgemäss starke secundäre Wucherung der Papillen am Pockengrunde statt. Es finden sich zerstreut die Weigert'schen kernlosen Herde im Pockenkörper, vielleicht als regelmässiges Vorstadium des Zellzerfalls. Der Vortragende hat sie nur selten im unteren Theile der Stachelzellenschicht getroffen. Die Decke der Pockenhöhle wird durch eine comprimirte Lage von Hornzellen gebildet und unterscheidet sich als solche bedeutend von einem wahren Stratum lucidum. Dagegen ist die Hornschicht, welche den Boden einer Hämorrhagie in das Epithel bildet, das wahre Stratum lucidum.

e) Immanuel Munk: „Ueber das Vorkommen von Sulphocyan-(Rhodan)-Verbindungen im Harn." Nach Eindampfung von frischem Harn des Menschen oder des Hundes fand sich SH_2 Entwicklung, nach Destillation mit SH oder H_2SO_4 Blausäure und SH_2 (Sertoli). Der Alkohol- und Aetherextractrückstand, die Blei-, Barium- und Silberfällung des Harns lieferte bei der Destillation mit verdünnten Mineralsäuren dieselben Producte SH_2 und CyH. In 100 Ccm. Harn ergab die quantitative Analyse 0,008 Sulphocyansäure und 0,011 Sulphocyannatrium. Der Schwefel der Sulphocyansäure repräsentirte $^1/_3$ und darüber des gesammten ausser den Sulphaten im Harn sich vorfindenden Schwefels. — Ferner spricht derselbe „über ein peptonbildendes Ferment im Speichel", welches nach Zusatz von 0,1 pCt. SH zum Speichel des Menschen und Hinzufügung von gut gewaschenem, fein zerfasertem Blutfibrin nach 4—6stündiger Digestion bei 40 Gr. C. entsteht. Auch das aus den Speicheldrüsen dargestellte Glycerinextract enthält das peptonbildende Ferment. Durch das diastatische Ferment des Speichels wird Tannin

Digitized by Google

in Gallussäure und Glucose gespalten. Die Fermente des Speichels und Pancreas sind von den in anderen Organen vorkommenden Fermenten ganz verschieden.

f) Dr. Litten spricht „über den Einfluss erhöhter Temperatur auf den Organismus." Die erhöhte Temperatur bewirkt innerhalb 36—48 Std. eine mehr oder minder intensive Verfettung, welche an der Leber beginnt, sich dann auf Herz, Nieren und die gesammte quergestreifte Musculatur erstreckt. Diese Veränderung ist als das Resultat von Stoffwechselstörungen zu betrachten, indem die Verbrennung des Kohlenstoffs unter der Einwirkung erhöhter Aussenwärme sich beträchtlich vermindert. Es wird gleichfalls die Kohlensäureexhalation 6—8 Stunden nach Erwärmung der Versuchsthiere herabgesetzt. Dies muss abhängig gemacht werden von einer verminderten Sauerstoffaufnahme, welche ihrerseits sich wieder von dem durch die erhöhte Temperatur erfolgenden Untergang rother Blutkörperchen ableiten lässt.

g) Ueber einige Wirkungen künstlich rareficirter Luft bei Lungenkrankheiten spricht Dr. Trentler aus Blasewitz. Vortragender theilt mit, dass er sich bei seinen Versuchen mit künstlich rareficirter Luft des Zusatzes von Stickstoff zur atmosphärischen Luft bediene. Es ist ihm gelungen, diesen auf einfachere Weise als bisher durch Desoxygenisation der atmosphärischen Luft herzustellen. In einem Gasometer wird derselbe gesammelt, von da in einen Waldenburg'schen pneumatischen Apparat mit atmosphärischer Luft gemengt und zur Inhalation verwandt. Der O-Gehalt lässt sich dann genau bestimmen und nach Bedarf dosiren. Die Inhalation erfolgt unter mehr oder weniger Druck, wodurch die antiphlogistische Wirkung erhöht wird. Er habe in kurzem Zeitraume viele Lungenkranke (Hämoptoë, pneumonische Infiltrationen, Spitzenkatarrhe, Tuberculosen) mit diesen Inhalationen allein behandelt und innerhalb der ersten 8 Tage Eintreten von Nachtruhe, Appetit, Zunahme der Körperkräfte, Verschwinden der Nachtschweisse und Diarrhöen beobachtet. Viel später nehmen in den geheilten Fällen Temperatur, Puls- und Athemfrequenz ab. Husten und Auswurf wechseln, sind sehr abhängig von der Witterung. In den leichteren Fällen erfolgt die locale Besserung schrittweis und selbst objectiv nachweisbar Heilung. Der Redner fordert schliesslich auf, weitere Versuche mit der nicht schwierigen Methode zu machen.

(Berl. klin. Wochenschr.)

h) Prof. Schatz aus Rostock: Ueber Pessarien bei Incontinentia urinae.

Unter den Fällen von Incontinentia urinae gibt es eine Anzahl, welche weder durch allgemeine noch durch örtliche, die Harnblase oder Harnröhre treffende nöthigenfalls operative Behandlung geheilt oder auch nur genügend gebessert werden können. Es sind das zumeist Fälle, bei denen der Sphincter vesicae, sei es bei der Geburt, sei es durch oder nach operativem Eingriffe, sei es nur durch langdauernde Zerrung bei Prolaps oder nur starke Spannung der vorderen Scheidenwand etc einen grossen Theil seiner Kraft eingebüsst hat. Ich habe eine Reihe von Fällen gesehen, in denen sich mehrere Specialitäten, z. B. auch in einigen Simon, selbst durch operative Eingriffe vergeblich um die Heilung bemüht haben. In solchen Fällen, bei denen weitere Abnormitäten ausser der Incontinenz nicht vorhanden oder schon beseitigt sind, haben mir Pessarien sehr gute Dienste gethan, welche ich wegen ihrer Form, die einem Wursttrichter ähnlich ist, Trichterpessarien nenne. Es sind solche Pessarien schon früher angewandt worden, doch finde ich sie in keinem neueren Buche angegeben. Sie werden auch nicht mehr verkauft, und konnte ich über die früher etwa geltende Theorie ihrer Wirkung nichts erfahren. Das schlechte Material, aus welchem sie gemacht waren, und welches zu dauerndem Schmutze Veranlassung gab, hat vielleicht zu ihrem Verschwinden wesentlich beigetragen.

Digitized by Google

Ich habe sie von Hartgummi anfertigen lassen und bin mit ihrer jetzigen Beschaffenheit recht zufrieden. Die Anwendung ist so, dass der breite Rand des Trichters so in der Vagina zu liegen kommt, dass er rings (mit Ausnahme der Harnröhrengegend) auf dem Levator ani aufliegt, während der dünnere Theil des Trichters von diesem Muskel und dem Constrictor cunni umschlossen im Scheideneingang liegt. Die Application geschieht so, dass man, während der dünnere Theil des Trichters nach dem anus hinsieht, die hintere Hälfte des breiten Trichterrandes unter Abdrängen des Dammes in der Richtung nach der Kreuzbeinaushöhlung in die Vagina einschiebt und dann die vordere Hälfte des Trichterrandes durch Druck in der Richtung nach der vorderen Beckenhälfte hin folgen lässt. Das Instrument macht, wenn richtig gewählt, weder beim Einführen noch beim Tragen Beschwerden und erleichtert nur. Die Frauen lernen bald dasselbe selbst einzubringen und mittelst eines daran befestigten Fadens beliebig wieder zu entfernen. Die Wirkung des Instrumentes ist die eines conischen Ventils, das bei nicht vermehrtem intraabdominalen Druck den Sphincter vesicae nur mässig unterstützt, und das Uriniren leicht gestattet, bei vermehrtem intraabdominalen Druck aber proportional tiefer gedrängt, die hintere Hälfte des breiten Sphincter vesicae stärker gegen die vordere anpresst, so dass beim Gehen, Pressen, Tragen, Husten etc. der Urin nicht mehr gegen den Willen der Patienten entweicht. — Ich will nicht unerwähnt lassen, dass die Pessarien auch in Fällen sehr günstig wirken, wo ohne weitere Abnormitäten durch Zerrung des Trigonum und des Sphincter vesicae bei beginnendem Prolapsus vaginae anterior oder durch starke venöse Stase am Blasengrund, besonders bei der Menstruation, Strangurie, Ischurie etc. bestehen, und dass die Erleichterung, welche die Frauen, ohne Incontinenz zu haben, durch Beseitigung des Drängens nach unten beim Tragen der Pessarien erfuhren, der Hauptgrund ihrer früheren Anwendung gewesen sein mag. (Pester Presse.)

(Literarisches.) Die auf dem Gebiete der periodischen medicinischen Literatur bereits allseitig bekannte Buchhändler-Firma Urban & Schwarzenberg in Wien, Maximilianstrasse Nr. 4, hat sich in neuester Zeit auch dem Bücherverlage zugewendet und gleich bei der Wahl ihrer ersten Verlagswerke bewiesen, dass sie sowohl durch die Tendenz ihrer Bücher, wie auch durch die Ausstattung derselben das Richtige getroffen hat. Albert's Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende (in circa 25 Lieferungen à 80 kr. ö. W. = 1 M. 60 Pf.) ist in Inhalt und Form berufen, unter die classischen Bücher dieses Faches rangirt zu werden. Winternitz, Hydrotherapie, deren erster Band soeben im genannten Verlage erschienen (Preis 3 fl. 60 kr. ö. W. = 7 M. 20 Pf.) ist das erste auf wissenschaftliche Grundlagen basirte deutsche Werk über Hydrotherapie. Da diese Disciplin von Tag zu Tag mehr Boden in der Therapie gewinnt, so zweifeln wir nicht, dass es jeder praktische Arzt nöthig finden wird, an der Hand eines Wegweisers wie Winternitz dieses wichtige Gebiet zu studiren, um die Hydrotherapie in rationeller Weise seiner Praxis einzuverleiben.

Berichtigung.

In Heft 1, 1877, pag. 21, Aufsatz Nr. 8, Seite 15 von unten, soll es anstatt: 22 heissen 122.

Digitized by Google

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Ueber intrauterine unblutige Behandlung. Von Dr. Sigismund Goldschmidt in Berlin. Berlin, G. Reiner. 1876.

Bericht über die Verwaltung des Bades Reinerz in den 10 Jahren von 1867 bis einschliesslich 1876. Erstattet von P. Dengler. Selbstverlag der Bade-Verwaltung zu Reinerz

Bibliothek für Wissenschaft und Literatur. 13. Band. Medicinische Abtheilung. 2. Band. Die Ursachen der Krankheiten. Von Dr. med. Eduard Reich. 2. völlig umgearbeitete und vermehrte Auflage. Berlin, Theobald Grieben.

Zur Pulslehre. Von Franz Riegel. (Sep.-Abd. aus d. deutschen Arch. f. klin. Medic. 18.)

Ueber dislocirte Nieren. Von Dr. Hermann Hertzka in Wien. (Sep.-Abdr. aus d. Wien. med. Presse.)

Vaginal ovariotomy. By Clifton E. Wing, M. Dr. Boston. (Sep.-Abd. aus dem Boston med. and surg. Journ. 1876.)

Ein Beitrag zu den Sammelwerken der älteren Schriften über Syphilis. Von J. K. Proksch in Wien.

Die Anschwellungen und Verhärtungen der Gebärmutter sind **nicht** unheilbar. Richtigstellung der Lehre der Schule durch Dr. Ludwig Martini in Augsburg. 4. vermehrte Auflage. Augsburg, September 1876. B. Schmid'sche Buchhandlung (A. Manz).

Ueber die Anwendung des Amylnitrit bei Ohren-Krankheiten. Von Dr. S. Michael in Hamburg (Archiv f. Ohrenheilk. S. 2.)

Drei Steine des Anstosses. Von einem Dorfdoctor. Zürich. Cäsar Schmidt. 1876.

Zur Symptomatologie der Stenosen der grossen Luftwege. Von Franz Riegel. (Sep.-Abdr. aus d. Berl. klin. Woch. 1876, 47.)

Report of the board of health, of the city and port of Philadelphia to the Mayor for the year 1875.

Die chirurgische Klinik im Julius-Hospitale zu Würzburg unter Direction des Hrn. Prof. Hofrath von Linhart vom Februar 1875 bis Juli 1876. Ein Beitrag zur Wundbehandlungsfrage von Dr. Ottomar Angerer. Würzburg, J. Staudinger. 1876.

Lehrbuch der Militär-Hygiene. Von Dr. G. Kirchner. Mit in den Text gedruckten Holzschnitten und lithogr. Tafeln. 2. gänzlich umgearbeitete Auflage. 1. Hälfte. Stuttgart, Ferdinand Enke. 1876.

Der Arzneischutz des praktischen Arztes. Charakteristik, Dosirung, Anwendungsweise und Anwendungsfall aller wichtigen Arzneimittel unter Berücksichtigung der einschlägigen Indicationen und Methoden. Mit 340 Receptformeln zu innerlichem oder äusserlichem Gebrauch. Von Dr. Friedrich Wilhelm Müller, Stuttgart, Ferdinand Enke. 1877

Ueber die Ursache des Schlafes. Ein Vortrag, gehalten in der ersten allgemeinen Sitzung der 49. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg am 18. September 1876. Von W. Preyer. Stuttgart, Ferdinand Enke. 1877.

Aus der medicinischen Klinik des Prof. Duchek in Wien: Analyse eines Gases aus einem Pyopneumothorax. Studien und Beobachtungen bei einer Frau mit einer Magenfistel. Tetanus traumaticus, Amputation, Heilung. Von Dr. F. Kretschy. (Sep.-Abdr. aus d. „Wiener med. Wochenschr." 1876.)

Beobachtungen und Versuche an einer Magenfistelkranken Von Dr. F. Kretschy. (Sep.-Abdr. aus d. Dtsch. Arch. f. klin. Med, 18.)

Statistik der in dem Kriege 1870, 1871 im preussischen Heere und in den mit demselben im engeren Verbande gestandenen norddeutschen Bundes-Contingenten vorgekommenen Verwundungen und Tödtungen. Von G. Fischer. Berlin 1876. Königliche geheime Ober-Hofbuchdruckerei.

Physiologie des Gesichtssinnes zum ersten Mal begründet auf Kant's Theorie der Erfahrung. Von Dr. August Classen. Braunschweig, Friedrich Vieweg und Sohn. 1876.

Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolph-Stiftung in Wien vom Jahre 1875. Im Auftrage des hohen k. k. Ministeriums des Innern veröffentlicht durch die Direction dieser Anstalt. Wien 1876. Verlag der Anstalt.

Die entotische Anwendung des Hörrohrs. Ein neues diagnostisches Hilfsmittel bei der Untersuchung Schwerhöriger Von Dr. Albert Bing. (Sep.-Abd. aus d. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1876.)

Digitized by Google

Offene Correspondenz der Redaction und Administration.

(Geschlossen am 20. Januar 1877.)

Herren Dr. F. v. T. in Klobenstein. Wir sandten Ihnen per Nachnahme Bernatzik, die Receptur, Wiel, diätetisches Kochbuch, Hock, Brillenbestimmung, Winternitz, Hydrotherapie, und Schnitzler, pneumatische Behandlung der Lungen- und Herzkrankheiten.

„ Dr. S. in Szered. Salicylsäure in ihrer Eigenschaft als schmerzstillendes und beruhigendes Mittel würden wir in dem von Ihnen angegebenen Falle in der Weise anzuwenden versuchen, dass Sie dem Patienten 4 Dosen à $^1/_2$ Gramm alle Stunden (in Oblaten) geben und nach jeder Dosis sofort $^1/_2$ Glas Zuckerwasser nachtrinken lassen.

„ G., Apotheker in Castelnuovo. Ihr Impfstoff-Telegramm erledigten wir sofort nach Eintreffen.

„ Dr. A. K. in Gyömörö. In Ihrem Sinne geordnet!

„ Dr. S., Oberarzt in Krems. 5 fl. schrieben wir auf Med. Presse 1876, II. Sem.; die erbetenen Nummern sind expedirt!

„ Dr. F. Z., Reg.-Arzt in Kostainica. Ihr Abonnement endete mit December 1876.

„ Dr. H. H. in Feldbach. Pro anno 6 fl.

„ Dr. F. A. T. in Atsjin (Sumatra). Heft 10 bis 12 sandten wir Ihnen am 20. Januar. Der Jahrgang 1875 muss nun vollständig in Ihrem Besitze sein.

„ Dr. J. D. in Buczacz. Mit Bezug auf Ihre Anfrage empfehlen wir Ihnen „die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage von Dr. Wilhelm Winternitz.“ Erster Band. Mit 20 Holzschnitten. Preis 3 fl. 60 kr.

„ Dr. W. M., Reg.-Arzt in Klosterbruck. Ihr Abonnement reicht bis Ende September.

„ Dr. E. R. in M.... z. In dem Werke: Traitement rationel de la phthisie pulmonaire spricht sich der Verfasser, Dr. Pietra Santa, der berühmte Arzt von Paris, folgendermassen aus: Das seit Jahren von Johann Hoff in Berlin gebraute Malzextract-Gesundheitsbier findet auch bei Aerzten wie bei Kranken die günstigste Aufnahme, die ein gutes diätetisches Stärkungsmittel aus der Classe der Analeptica bietet. Das Malzextract dient der Ernährung, Kräftigung und Labung. Dadurch, dass es gleichzeitig der Heilung und Ernährung dient, stärkt es auffallend; dies bewirken die schleimhaltigen Stoffe der Gerste in demselben. Es bewährt sich bei chronischen Affectionen, belebt die Zusammenziehbarkeit der Muskeln und führt gerade die Nahrungsstoffe in den Organismus, welche die erschöpften Kräfte wieder heben. Die gesuchtesten praktischen Aerzte in Paris, wie Blache, Barth, Guéneau de Mussy, Pidoux, Fauvel, Empis, Danet, Robert de Latour, Bonchut, Piorry, Tardieu, bedienen sich täglich dieses sehr bequemen Mittels bei vorkommenden Fällen, um die Verdauungsthätigkeit wieder herzustellen und zu regeln. — Meine eigene Erfahrung, sagt Pietra Santa, als Inspector der Mineralquellen des Seinedepartements führt mich dahin, mich durchaus der Würdigung anzuschliessen, welcher Lavereau in folgenden Worten Ausdruck gibt: Da eine grosse Zahl von Kranken die nöthigen Kräfte zur Verdauung fester Speisen nicht besitzt, anderseits aber durch den Genuss von Getränken nicht angegriffen wird, ist es werthvoll, ein Nahrungsmittel zu besitzen, welches bedeutend nahrhafter als alle Decocte und weniger aufregend als der Wein ist.

Digitized by Google

Herren Dr. C. S., Gutsarzt in Neustadtl. Das Inhaltsverzeichniss pro 1876 wird mit dem Märzheft 1877 ausgegeben.

„ Dr. T. in Leipzig, Dr. J. H. in Szekelyhid. Wir haben Ihrem Wunsche entsprochen.

„ Dr. O. in Krakau. Da Sie Ihr Abonnement direct bei uns einleiteten, werden wir Ihnen die Rundschau auch direct zusenden. Wollen Sie Ihren Buchhändler hiervon gefälligst benachrichtigen.

„ Dr. M., Reg.-Arzt in Teltsch, Dr. G. in Klausenburg, Dr. P. in Meran. Sie abonnirten bis Ende d. J.

„ Dr. T. in Plojestie (Rumänien). Gewünschten Medicinal-Kalender sandten wir Ihnen recommandirt per Kreuzband.

„ Dr. L. P. in Kaposvar. Auf 1877 entfielen 1 fl. 50 kr.

„ Dr. T. in Sambor: Sie haben pro 1877 2 fl. gut. (Das ganzjährige Abonnement beträgt jetzt 6 fl.)

„ Dr. T. in Neusandetz (2 fl.); Dr. H., Stabsarzt in Agram (1 fl.); Dr. J. W. in Budweis; Dr. A. M., Stadtphysikus in Ung.-Hradisch (1 fl.); Dr. M. S., k. k. Bezirksarzt in Lesina; Dr. J. S., k. k. Reg.-Arzt in Sniatyn; Dr. M. V. in Stuhlweissenburg; Dr. J. B. in H. M. Vasarhely (1 fl.); Leseverein des k. k. Garnisonsspitals Nr. 19 in Pressburg (50 kr.); Dr. J. P. in Neu-Lerchenfeld; Dr. K. S. in Szamos-Ujvar (1 fl.); Dr. A. M. in Libau; Dr. J. M. in Fulnek (1 fl.); Dr. V. in Imst; Dr. A. L. in Krakau (25 kr.); Dr. S., Reg.-Arzt in Gyöngyös; Dr. M. O. in Buttyin (50 kr.); Dr. E. E., prakt. Arzt in Sanct Michael (1 fl.); Dr. H. B. in Iglau (1 fl.); Dr. B. in Kuttenberg; Dr. A. J. in Grybow (25 kr.); Dr. K. in Ebelsberg; Dr. W. B. in Vilagos; Dr. E. D., k. k. Fregattenarzt in Triest; Dr. D. in Neusohl; Dr. S. in Budapest; Dr. A. L., Stadtphysikus in Kremnitz; Dr. P., Brunnenarzt in Marienbad (1 fl.); Dr. S. in Olmütz (1 fl.); Dr. K. S., Oberarzt in Papa (1 fl.); Dr. T. in Plojestie (Rumänien). Die Restbeträge sind in Klammern beigefügt. Bestätigen auf ausdrückliches Verlangen den Empfang des Abonnementsbetrages.

„ Dr. J. Z. in Neustadtl; Dr. P., Brunnenarzt in Marienbad; Dr. Z. in Essegg; Dr. A. W., k. u. Werksarzt in Hodritz; Dr. A. B. in Fülöp-Szallas; Dr. C. S., Gutsarzt in Neustadtl. Ihre Zuschriften sind erledigt.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Karl Bettelheim.
Einsendungen an die Redaction sind zu richten: Wien, I., Gonzagagasse 5.

Druck von G. Gistel & Co., Wien.

Digitized by Google

Josef Gobetzky,

Apotheker, Essegg,

offerirt den Herren Collegen seine mit der grössten Genauigkeit erzeugten

Chinin-Zuckerln

und

Chinin-Chokoladen

aus Chin. Tannic. neutr.

100 Stück zu 4 fl. sammt Packung und Stempel.

Ein jedes Stück enthält 8 Centigramm reines Chinin.

Aufträge werden erbeten: in **Wien** an Herrn Bruno Raabe, Droguist, Bäckerstrasse Nr. 1, und an Pezold & Süss, Apotheker; in **Pest** an Herrn Thalmaier & Comp.; in **Prag** an Herrn J. Fürst; in **Graz** an Herrn Dr. A. Wunder, Apotheker; in **Temesvar** an Herrn J. Pecher. 18

Echter und vorzüglichster

Malaga-Wein

(Jahrgang 1845)

für

Kranke und Rekonvaleszente.

Durch Vermittlung der **Administration der Wiener Medizinischen Presse** in **Wien, Maximilianstrasse 4**, ist unverfälschter alter Malaga-Wein, zum Preise von fl. 3 pro Bouteille, zu beziehen.

Für vorzüglichste Qualität wird garantirt.

Versendung gegen Einsendung des Betrages oder Nachnahme desselben, — Emballageberechnung zum Selbstkostenpreise.

Bei grösseren Aufträgen — insbesondere durch die Herren Aerzte — wird entsprechender Nachlass gewährt.

Privat-Heilanstalt

für

Gemüths- und Nervenkranke

in 16

Oberdöbling, Hirschengasse 71.

Impfstoff stets frisch in Phiolen **à 1 fl.** besorgt prompt die **Administration** der **Medicinisch-chirurg. Rundschau** in **Wien, Maximilianstrasse 4.**

Rudolf Thürriegl

erzeugt alle

chirurgischen Instrumente nach neuesten und verbesserten Constructionen.

Wien, Alservorstadt, am Glacis, Schwarzspanierhaus 5.

Ausführliche Preis-Courante auf Verlangen gratis.

Respiratoren (Lungenschützer),

das sicherste Schutzmittel gegen das Einathmen der kalten Luft oder Staub, für Hals-, sowie Lungenleidenden unentbehrlich, von Autoritäten der Medizin begutachtet und empfohlen, liefert für den Preis von 4 M. 50 Pf. bis 7 M. 50 Pf. mit versilbertem Gitter à Stück. Vergoldete Gitter erhöhen den Preis à Stück 1 M. 50 Pf.

Die Fabrik von Respiratoren des HERMANN HÆRTEL,

Breslau, Weidenstrasse Nr. 33.

Preisverzeichnisse und Begutachtungsschreiben **gratis. Wiederverkäufer** erhalten annehmbaren **Rabatt.** 22

Digitized by Google

NATÜRLICHES OFNER BITTERWASSER.

Das beste und sicherste Mittel zur Behebung habitueller Stuhl-Verstopfung, nicht nachtheilig dem innern Organismus durch andauernd fortgesetzten Gebrauch.

Das **Ofner Bitterwasser** ist demnach anzuwenden:
1. Bei **Unterleibskrankheiten**, welche durch Blutstockung und Blutüberfluss der Baucheingeweide entstanden, bei Leber- und Milzanschoppungen, Unterleibsdrüsen, so wie auch bei der goldenen Ader. — 2 In sämmtlichen Krankheiten, welche durch träge Stuhlentleerung bedingt und unterhalten sind. — 3. Bei durch **Blutandrang entstandenen Kopfschmerzen**, Schwindel, Herzklopfen und Athmungsbeschwerden. — 4 Bei **Gicht**. — 5 Bei durch habituelle Stuhlverstopfungen entstehendem Gebärmutterkatarrh und Entzündung der Gebärmutter. — Genossen wird zuerst ein mittleres Trinkglas, dann bis zu 2 und 3 Gläser gestiegen.

Dr. Frenreiss, Ofner Stadt-Oberphysikus.

Dr. Karl Tormay, Oberphysikus der Stadt Pest und Director des allg. bürgl. Spitals zu St. Rochus.

MATTONI & WILLE,

k. k. österr. Hoflieferanten,

Besitzer der 6 vereinigten Ofner Bittersalzquellen,

Budapest, Dorotheagasse 6.

GIESSHÜBLER

Reinster alkalischer Sauerbrunn,

von ausgezeichneter Wirksamkeit bei **Krankheiten** der **Luftwege**, des **Magens** und der **Blase**; besonders empfohlen mit Milch, Zucker oder Wein, als das **brillanteste Erfrischungs-Getränk** zu allen Tageszeiten. Versendung nur in Original-Glasflaschen durch den Besitzer

Heinrich Mattoni, k. k. Hoflieferant, Carlsbad (Böhmen).

MATTONI & Co.,

k. k. Hoflieferanten,

FRANZENSBAD (Böhmen),

versenden die ärztlicherseits bestens empfohlenen Produkte, als:

Eisen-Mineralmoor zu Bädern und Umschlägen,

Eisen-Moorsalz (trockenes Moor-Extrakt) in Kistchen zu 1, 2, 3 und 10 Kilo,

Eisenmoorlauge (flüssiges Moor-Extrakt) in Flaschen à 2 Kilo,

als bequeme und in ihren Erfolgen die **Franzensbader Eisenmoorbäder** fast erreichende Mittel für Bade-Anstalten und den Hausgebrauch,

Kaiserquelle in Flaschen à $^3/_4$ Liter Inhalt,

Natürliches Kaiserquellsalz in Flaschen à 125 Gramm,

in allen Erkrankungen, bei denen man schmerzlose gelinde Darmentleerungen erzielen will, entweder als Zusatz zweckentsprechender Mineralwässer oder in reiner Lösung von sicherster Wirkung.

Kurvorschriften und Broschüren gratis.

Eigene Niederlage in Wien:

Maximilianstrasse Nr. 5 und Tuchlauben Nr. 14.

Depots in allen größeren Mineralwasserhandlungen des In- und Auslandes.

Digitized by Google

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

(Schluss aus dem Hefte 2 — 1877.)

126. Zur Anatomie und Physiologie der Retina. Von Prof. Franz Boll in Rom. (Sitzungsbericht der Akademie der Wissensch. zu Berlin. 23. Nov. 1876.)

Boll hat die überraschende Thatsache zu Tage gefördert, dass in der lebenden Retina die Stäbchenschicht Träger eines purpurrothen Pigments ist, welches nach dem Tode so rasch verblasst, dass es der Aufmerksamkeit aller bisherigen Untersucher entgehen konnte. Von dem Factum kann sich ein Jeder leicht überzeugen, der sich die Retina in absolut frischem Zustand zur Anschauung bringt. „Lässt man einen im Dunkeln aufbewahrten Frosch durch einen Gehilfen köpfen (am besten so, dass der Unterkiefer am Rumpfe zurückbleibt) und präparirt mit möglichst geringem Zeitverlust einen Augapfel, halbirt ihn mit einer Scheere und zieht man mit einer feinen Pincette die Retina von dem dunkeln Grunde des retinalen Pigments und der Choreoidea ab, so erscheint sie im ersten Augenblick intensiv purpurroth gefärbt, so dass man denken könnte, ein Blutgerinnsel mit der Pincette gefasst zu haben. Während der nächsten 10, im günstigsten Falle 20 Secunden (I. Stadium) verblasst diese Farbe allmälig und ist nach Verlauf dieser Zeit gewöhnlich vollständig geschwunden. Die Retina zeigt dann während der nächsten 30—60 Secunden, mitunter auch länger (II. Stadium), einen atlasartigen Glanz. Allmälig verliert sich auch dieser und die Retina wird vollkommen durchsichtig, in welchem Zustande sie eine Viertelstunde und auch noch länger verharrt (III. Stadium). Dann wird sie allmälig trübe und undurchsichtig (IV. Stadium).“ Unter dem Mikroskop zeigte sich, dass sowohl die Purpurfarbe, wie der Atlasglanz ihren Sitz in den stark lichtbrechenden Aussengliedern der Stäbchenschicht haben. Durch das Aufquellen der Stäbchen geht der Glanz verloren, während die schliessliche Trübung nicht auf einer Veränderung der Stäbchenschicht, sondern auf Eiweissgerinnungen in den übrigen Netzhautschichten beruht.

Digitized by Google

Die Purpurfarbe der lebenden Retina ist allen Thieren eigenthümlich, welche überhaupt eine ausgebildete Stäbchenschicht besitzen. Bei Kaltblütern ist das Phänomen von längerer Dauer, als bei Warmblütern. Einigermassen schwierig ist dasselbe bei Vögeln und Reptilien zu demonstriren, weil die Netzhaut dieser Thiere durch Anwesenheit bunter Oeltropfen bedingte lebhafte Färbung zeigt. Bei Wirbellosen ist — wie B. hervorhebt — die rothe Färbung der Retina schon länger bekannt, so bei den Cephalopoden, Heteropoden, bei Crustaceen, Schmetterlingen und Käfern. Sie ist in den Sehorganen der wirbellosen Thiere weit intensiver und dauerhafter als bei den Wirbelthieren.

Spectroskopisch erweist sich diese Farbe als vollständig verschieden vom Hämoglobin.

Diese Eigenfarbe der Netzhaut wird im Leben durch die Einwirkung des Lichtes verzehrt. Blendung (durch Einwirkung directen Sonnenlichtes) entfärbt die Retina vollständig. In der Dunkelheit stellt sich nach Boll's Beobachtung die Purpurfärbung wieder her. Aus dem anatomischen Verhalten schliesst Verf., dass die rothe Farbe im ophthalmoskopischen Bilde nicht von den Choreoidalgefässen, sondern von dem Netzhautpigment herrühre. Auch sieht B. die Ursache für das Erblassen des Augenhintergrundes im Augenblick des Todes nicht in der stockenden Circulation der Aderhautgefässe, sondern im Verschwinden der Purpurfarbe. Lassar.

127. Zur Photochemie der Netzhaut. Von Prof. W. Kühne in Heidelberg. (Gelesen in der Sitzung des naturhist. med. Vereins zu Heidelberg, 5. Jän. 1877.)

In unmittelbarem Anschluss an die im Vorstehenden besprochene Publication hat Kühne die interessante Entdeckung Boll's von verschiedenen weiteren Gesichtspunkten aus betrachtet. Er sieht in derselben „nichts Geringeres, als den Schlüssel zum Geheimniss der Nervenerregung durch Licht oder die erste Thatsache, welche in der Retina photochemische Processe aufdeckt".

Der Sehpurpur wird auch im Tode nur durch die Einwirkung des Lichtes zum Verschwinden gebracht, bei Gasbeleuchtung erhält er sich bis 30 Minuten, im Dunkeln oder bei Natriumlicht, trotz eintretender Fäulniss, bis 48 Stunden. Man nimmt deshalb die nöthigen Präparationen am besten und mit aller Musse in einer schwarzen, nur von Natronlicht beleuchteten Kammer vor. Bei 100° C., durch Alkohol, Eisessig, concentrirte und 10% Natronlösung wird die Farbe zerstört, dagegen bleibt sie erhalten trotz einer Behandlung mit halbpercentiger oder concentrirter Kochsalzlösung, Ammoniak, Soda, Alaun, Bleiacetat, 2% Essig- oder Gerbsäure, Glycerin oder Aether. Auch Eintrocknen verändert die Farbe nicht. Am Tageslicht ging nach Einwirkung dieser Reagentien der Purpur in 1—10 Minuten in Chamois über, um endlich ganz zu verblassen. Ammoniak macht die Farbe am schönsten und dauerhaftesten.

Digitized by Google

Auch die photochemisch unwirksamen Strahlen der Linie D lassen den Sehpurpur intact. Der Kaninchen-Augenhintergrund erscheint in derartigem fast monochromen Lichte bläulich weiss (etwas perlmutterglänzend), die Gefässe schwarz und sehr deutlich. Die verschiedenen Lichtsorten wirken mit verschiedener Intensität zerstörend auf das Netzhautroth ein. Am kräftigsten scheinen die brechbareren Strahlen, besonders des blauen Lichtes. Einmal entfärbt kehrte der Purpur nach keiner Art der Behandlung wieder zurück.

Kürzer dauernde Blendung des lebenden Thieres, selbst mit Magnesiumlicht, hatte das Roth nicht im mindesten gebleicht, wenn die Präparation mit denkbarster Schnelle in der gelben Kammer angestellt wurde; dagegen wirkte tagelange und sehr intensive Einwirkung des Sonnenlichtes zerstörend.

Der Sehpurpur erhält sich, so lange er noch mit der Choreoidea in Zusammenhang bleibt, und zwar ist es nur die Choreoidea mit dem Retinaepithel, welche dies bewirkt. Hebt man die Netzhaut am äquatorialen Schnittrande vorsichtig zur Hälfte vom Pigmentlager auf, schiebt einen dünnen Porzellansplitter zur Stütze darunter und exponirt das Ganze dem ausbleichenden Tageslicht, so stellt sich das Purpurroth in der emporgehobenen Hälfte wieder her, wenn man das entfärbte Netzhautstück im Natronlichte langsam wieder auf seiner natürlichen Unterlage ausbreitet. Dass hier eine wirkliche Regeneration durch den Contact mit der Choreoidea statthat, davon konnte sich Kühne durch vielfache Versuche überzeugen. Von den hier als wirksam in Betracht kommenden Theilen der Choreoidea vermuthet Verf., dass dieselben weniger in der Aderhaut selbst, als in dem zur Retina gezählten Epithel, dessen Zellen die Stäbchen umgreifen, zu suchen seien. Lassar.

128. **Ovum in ovo.** Von Prof. Klebs, mitgetheilt im Vereine deutscher Aerzte in Prag. (Prager medizinische Wochenschrift 1876, Nr. 20, S. 386.)

K. demonstrirte zwei gleiche im Vergleich zu normalen Hühnereiern viel grössere Eier derselben Gattung; beide enthielten immer ein ganz regelmässig entwickeltes, normal grosses Ei, das mit ganz normalem Inhalte erfüllt, auch eine normale Structur darbot. Die äussere Schale dagegen, obwohl einer normalen Hühnereischale ähnlich, besass besonders an dem einen der Präparate an einer 2·3 Ctm. breiten Stelle eine Auflagerung von oberflächlich weiss durchscheinender, knorpliger und tiefer bräunlich gefärbter Schichte. Zwischen beiden befanden sich als Inhalt der äusseren Eischale gallertartig durchscheinende farblose Massen, zwischen denen in ganz unregelmässiger Verbreitung eine gelbe emulsionsartige Flüssigkeit suspendirt war, die durchaus aus feinkörnigen Massen, in Gruppen von der Grösse weisser Blutkörperchen angeordnet und aus spärlichen Haufen von grösseren Fetttropfen zusammengesetzt waren, also aus

Digitized by Google

Elementen, die vollständig unähnlich sind den Elementen, die sich im Eiweiss und Eidotter vorfinden. Indem K. die Annahme der Möglichkeit, dass es sich bei der Bildung der äusseren Eischale und ihres Inhaltes um ein pathologisches Product der Uterusschleimhaut handeln könne, von der Hand weist, kömmt er der gegründeten Anschauung nahe, dass, nachdem sich ein Ei vollständig ausgebildet hat im Uterus (das innere Ei), sich demselben ein zweites angelagert und dieses vollständig bis auf jene obenerwähnte Stelle, wo sich die Auflagerung auf der äusseren Schale vorfand, umfasst habe. Die Ursache dieser eigenthümlichen Formation liegt theils in dem Umstande, dass sich die Eierstockseier zu schnell losgelöst haben, theils dem Ausstossen des ersten Hindernisses entgegengestanden haben, oder in diesen beiden Möglichkeiten zusammen.

Prof. Eppinger.

129. Weiteres zur Zerlegung des centralen Nervensystems auf Grund der Entwicklung. Von Dr. P. Flechsig. (Centralbl. f. d. med. W. 1875.)

Das Corpus restiforme des verlängerten Markes zerfällt in zwei entwicklungsgeschichtlich scharf aus einander zu haltende Theile, die directe Kleinhirn-Seitenstrangbahn und die aus dem Oliven-Bezirk eintretenden Faserbündel. Die erstere geht, wie sich mittelst einer modificirten Gold-Methode zeigen liess, aus den Faserbündeln hervor, welche aus der Gegend der Clarke'schen Säulen quer in die Seitenstränge einstrahlen, liegt der Pyramiden-Seitenstrangbahn aussen und vorn als compacte Masse an und erschöpft sich in ihrer Mächtigkeit allmälig nach abwärts zu. In der oberen Lumbaranschwellung besteht sie nur noch in einzelnen Fasern. Verf. hegt endlich die Vermuthung, dass „alle Kreuzungen im centralen Nervensystem individuell variiren können". Betreffs näherer Ausführungen wird auf ein demnächst erscheinendes grösseres Werk verwiesen.

Lassar.

130. Ueber den Einfluss der verminderten Sauerstoffzufuhr zu den Geweben auf den Eiweisszerfall im Thierkörper. Von Dr. A. Fraenkel in Berlin. (Virchow's Archiv, 67. B. 3. H.)

Anknüpfend an den von Bischoff und Voit aufgestellten Cardinalsatz, dass den Eiweissumsatz unter normalen Verhältnissen fast ausschliesslich die Nahrung beeinflusst, derart, dass aller Stickstoff der zersetzten Substanzen durch die festen und flüssigen Excrete entfernt wird, wirft Fraenkel die Frage auf, wie es komme, dass in pathologischen Einwirkungen ausgesetzten Organismen häufig ausschliesslich die Organe selber, d. h. lebendiges Gewebe die Quelle der Harnstoffbildung abgeben, und welche ganz bestimmte Bedingungen vorhanden sein müssen, unter denen die organisirte Körpersubstanz einem abnormen Zerfall unterliegt. Das Bestreben, diese Gesetze aufzusuchen, ohne jedoch die Versuchsthiere in die Complicirtheit der Fieberverhältnisse zu versetzen, lenkte die

Digitized by Google

Aufmerksamkeit Fraenkel's auf eine andere Reihe von pathologischen Processen, welche gleichfalls mit erheblicher Vermehrung des N-Umsatzes einhergehend, sich dadurch wesentlich vom Fieber unterscheiden, dass dieselben durch Einverleibung chemisch wohl charakterisirter Substanzen in den Thierkörper verursacht werden. Zu diesem Zwecke prüfte er an seinen Versuchsthieren: 1. Die Wirkung der acuten Phosphorvergiftung auf den Stoffwechsel, 2. die Wirkung des behinderten Lungengaswechsels auf den Eiweisszerfall, 3. den Einfluss der Kohlenoxydgasvergiftung auf den N-Umsatz. Ueber die Aenderungen des Stoffwechsels im Gefolge von Blutentziehungen (4.) wurde von Fraenkel nicht selbst experimentirt, weil bereits eine Reihe exacter Untersuchungen von Bauer in der Zeitschrift für Biologie, Bd. VIII. S. 567 vorlag, auf die F. sich bezieht. Das Schwergewicht fällt auf die sub 1) angegebenen Versuche, weil sie F. möglich machten, theoretisch schon mit Sicherheit die Bedingungen zu folgern, von denen die abnorme Harnstoffbildung im kranken Organismus abhängt. Die Haupteigenthümlichkeiten der acuten P-vergiftung manifestiren sich nämlich einerseits in der Herabsetzung des Oxydationsprocesses, andererseits in der Steigerung des Eiweisszerfalls. Erstere findet höchst wahrscheinlich Erklärung sowohl in dem massenhaften Untergang rother Blutkörperchen (den Trägern des Oxydationsprocesses) innerhalb der Blutbahn selber, als auch in dem Verlorengehen grösserer Mengen Bluts, welche durch die reichlichen, in Folge der Veränderungen an den Wänden der kleineren Gefässe eintretenden Hämorrhagien dem respiratorischen Gasaustausch dauernd entzogen werden. Auf grössere Schwierigkeit in der Erklärung stösst aber die Steigerung des Eiweisszerfalls. Diese könnte ebensogut gleichzeitig mit der Herabsetzung des Oxydationsprocesses Folge der P-vergiftung sein oder in einem causalen Abhängigkeitsverhältnisse zum herabgesetzten Oxydationsprocesse stehen. Zur Entscheidung dieser Frage — der gesteigerte Eiweisszerfall bedingt durch Herabsetzung des Oxydationsprocesses — bedurfte es eben der sub 2), 3) und (4) angestellten Versuche.

Zu Versuchsthieren wurden grössere weibliche Hunde im Gewichte von 20—25 Kilo verwendet; die Thiere befanden sich zur Zeit des Experiments entweder im Hungerzustand oder mit einer aus Fett und Fleisch bestehenden Kost im N-Gleichgewicht. Der Harn wurde durch Katheterismus entleert, was in bequemer Weise eben nur bei weiblichen Hunden möglich ist. Der Harnstoff wurde nach der Methode von Liebig bestimmt und daraus der Gehalt an N berechnet; in einigen Fällen wurde direct aus dem Harn nach der Schneider-Seegen'schen Methode durch Verbrennen mit Natronkalk der N-gehalt des Harns bestimmt.

Die Zufuhr der Luft wurde durch die Trendelenburg'sche Tamponcanüle, welche mit einem dünnen Gummischlauch in Verbindung stand, deren Lumen mittelst Klemmschraube nach Belieben verengert werden konnte, geregelt.

Digitized by Google

Es stellte sich nun heraus, dass an den Versuchstagen, an welchen also die Luftzufuhr wesentlich gehindert, oft bis auf ein Minimum herabgedrückt wurde, der Harnstoffgehalt im Vergleich zu den Vortagen im Mittel um 50, ja sogar einige Male um 100% stieg. Geringer fielen die Zahlen der vermehrten Harnstoffausscheidung in den Versuchen aus, in welchen die Thiere mit Kohlenoxydgas gemengte Luft einathmeten (es wurden nur Gasgemenge von $^1/_2$—5% in Anwendung gezogen); das Plus von Harnstoff betrug hier bei 17%.

Die angezogenen Versuche Bauer's über die Aenderungen des Stoffwechsels im Gefolge von Blutentziehungen ergaben ebenfalls wesentlich vermehrte Harnstoffausscheidung und zugleich verminderte Sauerstoffaufnahme. (Allerdings lässt Bauer die verminderte O-aufnahme nicht als Grund für den Mehrzerfall des Eiweisses gelten, was aber von F. bestritten und als auf falscher Auslegung beruhend angesehen wird, Ref.) Wie es nun komme, dass die verminderte O-zufuhr zu den Geweben diese destruirende Wirkung auf den Organismus ausübt, den Mehrzerfall von Eiweiss hervorruft, dafür gibt F. folgende Erklärung: „Dem Thierkörper kommt die Eigenthümlichkeit zu, kein lebendes, sondern nur abgestorbenes eiweisshaltiges Gewebsmaterial zersetzen zu können; die Menge des letzteren allein, sei es dass dieselbe von aussen in den Thierkörper eingeführt oder in diesem selbst erzeugt werde, wirkt bestimmend auf die Grösse des Eiweissumsatzes. Ist nun die Verminderung der O-zufuhr zum Organismus eine genügend grosse, so beginnen die Organe abzusterben, ähnlich wie gewisse Partien des Körpers wegen mangelhafter Blutzufuhr der Nekrose unterliegen; gleichwie aber diese der Elimination anheimfallen, so gibt sich der Grad der in Folge der verminderten O-zufuhr gesetzten Gewebsdestruction in der vermehrten Harnstoffausscheidung kund."

Diese von F. angenommene Nekrobiose, dass nämlich die Vermehrung des Eiweisszerfalls unter pathologischen Verhältnissen, gleichgiltig unter welchen sie zur Beobachtung kommt, die Folge eines Absterbens lebendiger Körpersubstanz ist, gibt ihm Veranlassung, auf Thatsachen hinzuweisen, die sich auch pathologisch-anatomisch als nekrobiotischer Process ergeben. Zunächst auf das Fieber. Bei diesem bedingt der durch die erhöhte Temperatur bewirkte Zerfall rother Blutkörperchen Herabsetzung der O-Aufnahme; Herabsetzung der O-Aufnahme wird aber auch bei der acuten P-vergiftung constatirt. Und in beiden Fällen spricht sich die Nekrobiose von der „trüben Schwellung" angefangen bis zur „vollständigen Fettdegeneration" aus. Jellinek.

131. Braucht der bei der Anlegung eines künstlichen Querschnitts auftretende Muskelstrom zu seiner Entwicklung Zeit? Von Prof. L. Hermann. (Centralbl. f. d. med. W., 1875, Nr. 42.)

Mit der Beantwortung dieser Frage in bejahendem Sinn wird die Präexistenz elektromotorischer Gegensätze im ruhenden Muskel negirt

Digitized by Google

werden müssen, denn nur wenn der sogenannte ruhende Muskelstrom bei Anlegung eines künstlichen Querschnitts augenblicklich in die Erscheinung tritt, darf man annehmen, dass derselbe bereits im unversehrten Organ vorhanden war. Durch eine besonders feine Versuchs-Einrichtung, welche Verf. ausführlicher beschreiben wird, gelingt es nun, nachzuweisen, dass die elektromotorische Kraft des Muskelstroms einer $^1/_{250}$ bis $^1/_{400}$ Secunde betragenden Latenzzeit zu ihrer Entwickelung bedarf. Während normale, vor dem Versuche stark abgekühlte Muskeln einer grösseren Latenzzeit zu bedürfen scheinen, ward diese für Frösche, welche durch längeren Aufenthalt im Eiskeller in parelektronomischen Zustand versetzt und dann bei gewöhnlicher Temperatur untersucht wurden, nicht vermehrt gefunden. Die Molecularhypothese lässt sich mit dieser Thatsache nicht vereinigen. Lassar.

132. Ueber den Einfluss des gereizten Nervus splanchnicus auf den Blutstrom innerhalb und ausserhalb seines Verbreitungsbezirkes. Von Dr. v. Basch. (Aus den Arbeiten des physiolog. Instituts zu Leipzig, 1876.)

Slavjanski legte durch seine Unternehmungen dar, dass die Unterbindung aller Darmarterien gerade so wie die Reizung der Darmnerven die Blutmenge in der Aorta vermehre, aber dass nach Reizung der Nerven die in einer Zeiteinheit das Herz passirende Blutmenge eine grössere sei. Der Verfasser stellt nun ähnliche Untersuchungen am Kaninchenohre an, und die Uebertragung der hier auftretenden Erscheinung auf die verschiedene Blutfüllung des Darmes lässt Folgendes für den Darm in Geltung treten: Die Durchschneidung der Nervi splanchnici vermindert den Blutgehalt der Aorta, weil sich das gelähmte Blutgefässsystem des Darmes mit Blut anfüllt. Da aber die Elasticität der Darmgefässwände sehr gering ist, kann das Blut auch nur mit viel geringerer Geschwindigkeit abfliessen. Sind nun die Zuflüsse zur Aorta klein, so muss auch die Füllung der letzteren eine geringe werden. Werden aber die Nervi splanchnici gereizt, dann ziehen sich die Darmgefässe zusammen, dem Blute wird der Weg durch den Darm verlegt, es füllt sich die Aorta mächtiger an und die Geschwindigkeit des Blutstroms muss zunehmen. Werden die Arterien des Darmes unterbunden, so kommt es gleichfalls zu Drucksteigerung in der Aorta, aber es kreist weniger Blut im System, weil die Blutmenge, welche sich im Darmgefässsystem zur Zeit der Unterbindung befand, im Darme eingeschlossen bleibt.

Der Verfasser sucht nun diese Deutung der Druck- und Geschwindigkeitsverhältnisse experimentell zu beweisen.

Wenn beide Nervi splanchnici gereizt werden (Kaninchen), so wird der Darm blass und die Quecksilbersäule des Manometers erhebt sich gleichzeitig. Wurde aber die Vena portarum unterbunden, dann ist die Erhebung der Quecksilbersäule um 4mal geringer, weil die Zuflüsse zur

Digitized by Google

Aorta (durch die untere Hohlader) gehemmt sind. Wenn man die Darmarterien — bei offener Pfortader — eine nach der andern abbindet, so steigt der Druck an, aber er verharrt nicht auf dieser Höhe, sondern sinkt um Einiges. Dieses theilweise Absinken des Druckes findet vielleicht seine Erklärung in der plötzlich eintretenden Blutleere des Darmes, durch welche die übrigen Darmgefässe momentan gereizt werden, bald jedoch wieder erschlaffen oder in der plötzlich eingetretenen Ueberfüllung anderer ausserhalb des Darmes liegenden Blutgefässe, welche durch die in dieselben stürzende Blutmenge für den Augenblick zur Contraction gebracht werden, bald aber sich wieder erweitern. Werden die Darmarterien unterbunden und die Pfortader geschlossen, so sinkt der Blutdruck unter seinen Normalwerth, steigt aber nach Eröffnung der Pfortader an, aber in einer trägen Weise, wenn man nicht der mangelhaften Elasticität der Darmgefässe durch Drücken des Unterleibes bei der Entleerung des eingeschlossenen Blutes zu Hilfe kommt. Werden zuerst die Darmarterien und dann die Pfortader unterbunden, so bleibt der durch den ersten Eingriff gewachsene Blutdruck durch den Pfortaderverschluss unbeeinflusst, da ja die geringe Elasticität der Darmgefässe ohnehin die eingeschlossene Blutmenge nicht zur Entleerung bringen kann, ob die Pfortader durchgängig oder undurchgängig ist. Aus demselben Grunde kann, wenn die Pfortader undurchgängig gemacht wird und dann nach einiger Zeit, bis sich die Darmgefässe zum Theile gefüllt haben, die Darmarterien unterbunden werden, der Blutdruck nur um Weniges ansteigen. Wurde Kaninchen in längeren Zeitintervallen Blut entzogen, so gelang es, die Curve des abfallenden Blutdruckes annähernd so zu gestalten, wie dieselbe von Tappeiner nach Unterbindung der Pfortader beschrieben wurde; aber der Grund, warum gerade die Anschoppung des Darmes mit Blut in Folge von Pfortaderunterbindung den Blutdruck bis zur Todesgrenze herabsetze und warum dies nicht nach ebenso gewichtigen Blutverlusten geschehe, bleibt noch ungelöst.

Wird an einem Hunde die Vena portarum abgeschlossen und der Ductus thoracicus mit einer Ausflusscanule armirt, so ergibt die Reizung der N. splanchnici eine Stockung des Lymphstroms. Verschliessung der Pfortader, darauffolgende Reizung der Nervi splanchnici und Wiedereröffnung der Vena portarum bei fortdauernder Nervenreizung ergibt nur dann eine Drucksteigerung in der Aorta, wenn das Blut durch Drücken der Eingeweide aus diesen entleert wird. Tetanisirung der Nerven bei offener Pfortader und bald darauf folgender Verschluss der letzteren hat eine weitere Drucksteigerung und keinen Druckabfall zur Folge; denn mit der Reizung der Nerven ziehen sich die Darmgefässe zusammen und entleeren all ihr Blut in die untere Hohlader; es kann daher durch den nun erfolgten Pfortaderverschluss kein Blut in den Darmgefässen eingeschlossen werden, da dieses bereits abgeflossen ist.

Die Druckmessungen in der Pfortader selbst lehrten, dass, wenn

Digitized by Google

mit der Nervenreizung der arterielle Druck sich erhebe, der Druck auch in der Pfortader zunehme, denn die zusammengezogenen Darmgefässe entleeren ihr Blut in dieses Gefäss; sowie aber der arterielle Druck sein Maximum erreicht — um diese Zeit ist das Darmblut zumeist schon abgeflossen — fällt auch der Druck in der Vena port. ab.

Eine paradoxe Erscheinung tritt unter folgenden Versuchsmodalitäten ein: Nach längerer Reizung der Nervi splanchnici wird dieselbe unterbrochen; der Druck in der Aorta fällt daher langsam ab, aber bevor er seine normale Höhe erreicht hat, hat sich der Druck in der Pfortader in dieser Zeit stetig bis zu seinem Maximum erhoben und zwar ist jetzt der venöse Druck höher, als er dies zu Beginn der Splanchnicusreizung war, das heisst das zweite Maximum ist grösser als das erste. Dies bewog den Verfasser, die Blutmengen der Pfortader in der Zeiteinheit zu messen. Es ergab sich: Im Höhestadium der Nervenreizung ist die Menge des aus der Pfortader fliessenden Blutes nahezu 0, es bleibt daher auch der arterielle Druck trotz des continuirlichen Blutverlustes im Ansteigen begriffen. Zu Beginn der Nervenreizung waren die aus der Pfortader aufgefangenen Blutmengen grösser. Wenn nach Unterbrechung der Nervenreizung der arterielle Druck im Absinken ist und der venöse Druck sein zweites Maximum erreicht hat, war die aus der Pfortader geflossene Blutmenge oft grösser, wie die zur Zeit des ersten Maximums. Wird zur Zeit des zweiten Maximums das Splanchnicuspaar noch einmal gereizt, so ist die Ausflussmenge des Pfortaderblutes grösser als zur Zeit des ersten Maximums.

Die durch die Verlegung der Darmarterien eingetretene Blutüberfüllung der Aorta liess erwarten, dass das Blut nach andern Gefässbezirken im stärkeren Masse abfliessen werde, als dies de norma geschieht.

Zur Sicherstellung dieser Erwartung wurde die Blutfüllung von Extremitäten — mittelst des Plethysmographion — und der Netzhaut — mit Hilfe des Augenspiegels — untersucht.

Es stellte sich nun eine unverkennbare Abhängigkeit zwischen Aortadruck und dem Volum einer Extremität heraus. Die Volumschwankungen erwiesen sich aber als viel träger als die des Druckes.

Die Erregung der Nervi splanchnici hatte aber stets eine Volumsvermehrung zur Folge. Die Untersuchung der Retinagefässe zeigte, dass die Curarisirung die Venen etwas mehr fülle. Werden die Splanchnici durchschnitten, die Darmgefässe also gelähmt, dann entfärbt sich die Papille in's Strohgelbe und die Gefässe verengen sich. Durch Reizung der Nerven aber färbt sich der Sehnerv lebhaft roth, die venösen Gefässe werden breiter, ihr Verlauf geschlängelter; oft trat Venenpuls ein, der etwa eine Minute lang noch nach der Reizung der Nervi splanchnici anhielt.

Die Fragen, warum das Volumen einer Extremität noch weiter steigt, während schon der Blutdruck sein Maximum erreicht hat, ferner, aus welchen Theilen des Rumpfes das Volumen der Extremitäten meh-

Digitized by Google

rende Blut stamme, und warum die Stromgeschwindigkeit in der Pfortader (zur Zeit des zweiten Maximums) die zu Beginn der Reizung vorhandene an Grösse übertreffe, bedürfen zur Beantwortung weiterer Untersuchungen. Spina.

133. Ueber die Phosphorsäure im Urin unter dem Einflusse excitirender und deprimirender Mittel. Von Dr. P. Strubing. (Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin, Jahrg. 1876, S. 391.)

Die Ausscheidung der Phosphorsäure im Urin wurde bald auf den Nervenstoffwechsel, bald auf die Zersetzung der Albuminate allein bezogen. Forster wollte später die Betheiligung der Knochensubstanz an der Phosphorsäure-Ausscheidung in den Vordergrund stellen, während Zülzer die Phosphorsäure auf die Zersetzung des Lecithins zurückführt, welches, obwohl bei jeder Zellenbildung und als wesentlicher Bestandtheil des Nervenmarkes von grosser Bedeutung, bisher bei den Untersuchungen über den Stoffwechsel nicht berücksichtigt wurde; während im Eiweisskörper der Stickstoff den Phosphor überwiegt, ist im Lecithin bedeutend mehr Phosphorsäure im Verhältnisse zum N enthalten. Zülzer brachte seine Untersuchungen über die Ausscheidung der Phosphorsäure in Einklang mit jenen Gesetzen des Stoffwechsels, welche Ranke aus dem „Functionswechsel der Organe" herleitet. Es wächst der N bei erhöhtem Stoffwechsel des Fleisches — unter welchem Namen die Gewebe der Nervensubstanz gegenüber gestellt werden — in den Ausscheidungsproducten, während die P_2O_5 entsprechend nicht mit wächst, also ihre Menge relativ verringert wird. Bekannte Thatsache ist die Unfähigkeit und Unlust zur geistigen Thätigkeit nach reichlich genossener Mahlzeit; während nämlich der Verdauungstractus mit seinen grossen Drüsen in Thätigkeit tritt, wird der Stoffwechsel im Grosshirn herabgesetzt. Die Zersetzungsproducte des Stoffwechsels in letzterem werden also relativ in den Ausscheidungen verringert werden, während die N-Ausscheidungen, als Producte des Stoffwechsels in den Geweben, relativ wachsen. Es resultirt also bei Reizung der Centren der Organe, durch welche diese zur erhöhten Thätigkeit angefacht werden, eine Vermehrung der Ausscheidungsproducte derselben, eine relative Vermehrung des N. So steigt beim Fieber die Ausscheidung der N-hältigen Substanzen im Verhältnisse zur P_2O_5-Ausscheidung. Ebenso zeigt sich Verringerung der P_2O_5 unter der Anwendung excitirender Mittel, mögen die Centren der Organe durch dieselben reflectorisch oder direct gereizt werden. Diesem Stadium der Excitation setzt Zülzer das der Depression gegenüber; in ihm ändert sich der relative Werth der P_2O_5 dahin, dass er bedeutend zunimmt. Wird durch einen Stoff das chemische Verhalten der Nervensubstanz verändert, dann folgt zuerst ein mehr minder langes Stadium der Erregung, dann ein Stadium der Ermüdung, welches nach Entfernung der schädlichen Stoffe zur restitutio führt. Mit diesen schäd-

Digitized by Google

lichen Stoffen werden auch gleichzeitig die Zersetzungsproducte der Nervensubstanz, die unter der Einwirkung jener entstanden sind, durch den Kreislauf entfernt. Als solches Zersetzungsproduct der Nervensubstanz ist die $P_2 O_5$ aufzufassen, deren relativer Werth also während des Stadiums der Nervenermüdung in den Ausscheidungen vermehrt werden muss.

An diese von Zülzer nachgewiesenen Verhältnisse schliessen sich die Versuche des Verfassers an. Es wurde der relative Werth der $P_2 O_5$ zum N bei Hunden und Menschen vor dem Alkoholgenuss, und in verschiedenen Zeiträumen nachher, bis in das Depressionsstadium bestimmt (s. das Original) und den oben erörterten Ansichten entsprechend im Depressionsstadium der relative Werth der Phosphorsäure grösser gefunden. Auch untersuchte Strübing Urin von Leuten, die behufs Ausführung von Operationen längere oder kürzere Zeit in mehr oder weniger tiefer Chloroform-Narkose gehalten wurden. Dabei zeigte sich der Länge und Tiefe der Narkose entsprechend der relative Werth der $P_2 O_5$ mehr weniger vermehrt. V. verwerthet die letztere Thatsache für die Erklärung der Wirkungsweise des Chloroforms auf das Gehirn, indem er sich der Ansicht L. Hermann's anschliesst, wonach das Chloroform auf den an $P_2 O_5$ reichen Bestandtheil des Gehirnes — Lecithin — einwirkt. Wie das Chloroform auf die Ausscheidung der $P_2 O_5$ wirkt, so wirkt auch das Chloral und Morphium in schlafmachender Dosis. Bei Acid. valerianicum ähnlich wie bei der Milchsäure zeigte sich ebenfalls ein Wachsen der Phosphate im Urin. Bromkalium führte bei fortgesetztem Gebrauch keine wesentliche Veränderung des relativen Werthes der $P_2 O_5$ herbei, während es in einmaliger grosser Dosis nach Zülzer den relativen Werth der $P_2 O_5$ stark vermehrt. Es wurde durch diese Versuche die Ansicht Zülzer's bestätigt, dass in den Depressionszuständen des Nervensystems der Stoffumsatz in der Nervensubstanz prävalire. Aber noch etwas Anderes lehrt nach Strübing das Steigen des relativen Werthes der $P_2 O_5$ unter diesen Verhältnissen. Denn wenn unter der Einwirkung eines Mittels mit den Erscheinungen der nervösen Depression die Phosphate im Urin wachsen, so kann man wohl den Schluss machen, dass dieses Mittel chemisch die Nervensubstanz beeinflusst, da eben die Umsatzproducte derselben zunehmen, vielleicht auch, dass die nervöse Depression in Zusammenhang mit der chemischen Beeinflussung steht.

Loebisch.

134. Ueber das Vorkommen von Traubenzucker in den Rückständen käuflicher Alkohole. Von Dr. Georg Salomon. (Centr. f. med. Wiss. 1876. S. 388.)

Salomon ist bei Untersuchungen, welche auf den Nachweis von Zucker in thierischen Flüssigkeiten und Geweben gerichtet waren, auf das Vorkommen von Kupferoxyd reducirenden Substanzen in Alkoholrückständen aufmerksam geworden, und hat sich im Laufe der Zeit überzeugt,

Digitized by Google

dass die fragliche Verunreinigung eine keineswegs seltene ist. Man findet sie in den Alkoholen der renommirtesten Fabriken, und zwar in den besten Sorten, zuweilen sogar im absoluten Alkohol. Von 7500 Ccm. eines von Gilka bezogenen Alkohols hinterblieb nach dem Destilliren ein gelblicher syrupöser Rückstand von süssem Geschmack, geringe Mengen desselben ergaben bei Anstellung der Trommer'schen Probe Niederschlag von Kupferoxydul. Ebenso gelang der Nachweis des Traubenzuckers im Polarisationsapparat und durch die Gährungsprobe, die Gesammtmenge betrug circa 1 Grm., d. h. 0·13 Grm. im Liter. Die Quelle des Zuckers ist vermuthlich in den zum Transport benützten hölzernen Fässern zu suchen, unter denen manche früher zur Aufbewahrung von Liqueuren verwendet wurden. Die Kenntniss dieser Verunreinigung hat gerade für den medicinischen Chemiker eine gewisse Wichtigkeit, indem der Zucker meistens im alkoholischen Extract nachgewiesen wird. Loebisch.

135. Klinisch-anatomische Betrachtung über das Desmoidcarcinom. Von Dr. Richard Schulz. (Archiv für klinische Medicin 1875, S. 193.)

R. Schulz unternimmt es in dieser vorstehenden Arbeit, zu den vielen der verschiedensten Namen (Hypertrophie der Lymphdrüsen, Hypertrophie sans leucémie, Lymphoid growth in spleen and lymphatic glands, medullares Carcinom mit lymphdrüsenähnlicher Structur, heterologe Neubildungen in Geschwulstform von adenoider Substanz, Adenie, Pseudoleukaemie, multiple Lymphadenome, malignes Lymphosarcom, Lymphom) bekannten Fällen einer und derselben Erkrankung einige neue Fälle hinzuzufügen. Diese Fälle betrafen im ersten Falle einen 63jährigen Mann, bei welchem fast die sämmtlichen Lymphdrüsen in Geschwulstpaquete umgewandelt waren und in der Milz, der Leber, den Hoden, den Payerschen Plaques, in dem Herzfleisch und in den Knochen Metastasen von gleicher Structur wie in den Lymphdrüsen satthatten; im zweiten Falle einen 60jährigen Mann, wo bei ähnlicher Lymphdrüsenerkrankung wieder die Milz, Leber, das Netz und die linke Niere Sitz zum Theil makroskopischer, zum Theil blos mikroskopischer Metastasen waren; im dritten Falle ein 68jähriges Weib mit primärer Geschwulstentartung der retroperitonealen Lymphdrüsen und Metastasen der Milz, der Magenwand, der Niere, des Pankreas und des Zwerchfelles; im vierten Falle einen 40 Jahre alten Mann mit primärer Geschwulstbildung der Halslymphdrüsen und Metastasen in der Milz und Parotis; im fünften Falle einen $3^1/_2$jährigen Knaben mit primärer Geschwulstbildung der Halslymphdrüsen, übergreifend auf das retropharyngeale Bindegewebe, Haut und die linke vena jugularis, metastasirend in beiden Nieren; im sechsten Fall einen 22jährigen Mann mit gleichartiger Geschwulstdegeneration der submaxillaren, cervicalen, axillaren und inguinalen Lymphdrüsen, der solitären Follikel und Payer'schen Plaques mit Metastasen in der Milz und den Nieren, und endlich im siebenten Fall ein Cabinetpräparat der Leipziger Sammlung von gleichartiger Geschwulstentartung der Lymphdrüsen und der Milz.

Digitized by Google

Sch. legt diesen Geschwulstformen den Namen der Desmoidcarcinome bei, um, wie er sagt, eine gewisse Einheit in der Geschwulsteintheilung zu erzielen und dem pathologisch-anatomischen Standpunkte sowohl, wie auch dem klinischen zu gleicher Zeit gerecht zu werden. Dieses Bestreben scheint dem Referenten mindestens unzweckmässig zu sein, als zu jetziger Zeit die Kliniker schon beim Leben schnellwachsende metastasirende Geschwulstbildungen annähernd zu differenziren wissen und der pathologische Anatom streng den genetischen Standpunkt einhalten muss, woraus sich ergibt, dass der einmal angenommene Namen „Carcinom" entweder für den einen oder den anderen atypischen, destruirenden und metastasirenden Neubildungsprocess, und zwar dem allgemeinen Standpunkte nach für den des epithelialen Ursprunges beibehalten werden muss. Es wird sonach der Name Desmoidcarcinom, wenn dessen Bildung überhaupt ein Erforderniss wäre, viel eher an den bindegewebigen, fibrösen Krebs oder Scirrhus erinnern, als an eine Geschwulstbildung, deren primärer Sitz immer Lymphdrüsen oder ihnen gleichwerthige Organe sind und die eine so geartete Structur besitzt, dass sämmtliche ihr bis jetzt beigelegten Namen, unter denen Referent den der Lymphomatosis vorzieht, eher gerechtfertigt erscheinen, als der des Desmoidcarcinom.

Sch. behielt die Eintheilung in das harte und weiche Desmoidcarcinom bei und fasst, weil seine Fälle der letzteren Form angehören, diese allein ins Auge. Bezüglich der Aetiologie stellt Sch. nach Zusammenstellung sämmtlich bekannter Fälle die Ansicht auf, dass kräftige, zumeist männliche Individuen erkranken, dass die Erkrankung nicht erblich sei; wohl aber, dass sie eine Allgemeinerkrankung des Lymphgefässsystemes infectiöser Natur darstelle, wobei ein angenommenes Virus eine Drüsengruppe nach der anderen inficire. — Sorgfältig geht Sch. an die histologische Structur, die im Allgemeinen, mögen sich die Neubildungen in Lymphdrüsen oder anderen Organen metastasisch bilden, dieselbe Art und Weise darbieten, nämlich ein zartes bindegewebiges Reticulum, in dessen Maschen eingelagert sind Zellen mit einem oder mehreren Kernen. Das Reticulum besteht aus kernhaltigen Platten, die bald dicker und undurchsichtiger, bald zarter und homogener sind und die an ihren Kanten mannigfache Fortsätze bilden, mittels welcher sie zusammenhängen und so ein Netzwerk mit Maschenräumen darstellen. Die Neubildung wird als eine absolut bindegewebige bezeichnet, deren Entstehung sich an den Verlauf der Gefässe knüpft, mit einem Auffaserungsprozess der Adventitia beginnt, der bis an die Intima vorschreiten kann, so dass die Gefässe fast wandungslos, nur vom Endothelrohre begrenzt, durch die Neubildung verlaufen. Diese Auffaserung betrifft in der Milz und den Lymphdrüsen auch die Trabecularleisten oder Scheidewände und in den übrigen Organen auch das interstitielle Bindegewebe und wird dadurch die Entstehung des sogenannten Reticulums aus den Wandungen der perivasculären Lymphräume zulässig, was besonders in der Leber deutlich nachzuweisen ist,

Digitized by Google

wie überhaupt die Herkunft der Neubildung von den Endothelien der perivasculären Lymphgefässe und den Endotheloidzellen der Lymphröhren zwischen den Bindegewebsfibrillen hergeleitet wird.

Nachdem Sch. die histologische Structur der besprochenen Neubildungen sorgfältig in allen Organen, in denen sie überhaupt vorkommen, durchmustert und ihre Gleichartigkeit nach dem soeben angeführten Muster dargestellt hat, das Vorkommen von dünnflüssigem, nicht gerinnungsfähigem Blute wegen Anhäufung der weissen Blutkörperchen in den erkrankten Blutbildungsorganen und dem daraus resultirenden spärlicheren Vorkommen derselben in der Blutbahn vermerkte, gibt er zum Schlusse eine kurze Uebersicht über die Symptome und den Verlauf der ganzen Erkrankung, die hinlänglich bekannt sind und bezüglich welcher Referent auf das Original verweist. Prof. Eppinger.

136. Zur Frage der Bacterienvegetation unter dem Lister'schen Verbande. Von Dr. M. Schüller zu Greifswald. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1876.)

Veranlasst durch frühere Mittheilungen H. Ranke's über den von ihm gelieferten Nachweis von Bacterien unter dem Lister'schen Verbande, hat Verf. von der Zeit an, seitdem auf der Greifswalder chirurgischen Klinik der von Thiersch nach Lister's Principien angegebene Salicyl-Jute-Verband angewandt worden ist (vom September 1875), diesen Gegenstand eingehend verfolgt. Verf. verband jedoch mit der mikroskopischen Untersuchung der Wundsecrete stets noch folgendes Verfahren, welches wesentlich, wenn nicht ausschliesslich, den Werth und die Bedeutung des mikroskopischen Befundes sicherstellt.

Von jeder während des Verbandwechsels von der Innenfläche der Protective oder aus der Drainröhre entnommenen Secretprobe wurde ein Tropfen in ein Reagenzglas eingelassen, welches vorher unter exacter Beobachtung der bekanntermassen dabei erforderlichen Cautelen mit etwa 20 Ccm. Bergmann'scher Nährflüssigkeit gefüllt worden war, um so die etwa in den Wundsecreten vorhandenen Bacterien zu „züchten".

Dabei gelangte Verf. zu einigen etwas abweichenden Ergebnissen, welche er, mit dem Vorbehalt späterer ausführlicher Veröffentlichung, hier vorläufig mittheilt:

1. In vielen derjenigen Fälle, welche unter dem Thiersch-Lister'schen Verband durchaus fieberlos verliefen, entwickelten sich aus den entnommenen Wundsecretproben keine Bacterien. Die Bergmann'sche Flüssigkeit blieb, obwohl sich die damit gefüllten Reagenzgläser dauernd in einem mindestens 18° R. warmen Raume befanden, wochenlang klar und ohne Trübung. Bacterienvegetationen waren darin nicht nachzuweisen.

2. In anderen gleich gut verlaufenden Fällen trat erst nach 8—10 Tagen eine schwache Trübung der Nährflüssigkeit ein, welche sich als eine ungemein spärliche Bacterienentwicklung auswies; während Control-

Digitized by Google

versuche mit Eiter von anderen (nicht nach Thiersch-Lister verbundenen) Wunden, zu gleicher Zeit mit gleicher Quantität und auf gleiche Weise angestellt, regelmässig schon am zweiten Tage eine deutliche, bald intensiver werdende Bacterientrübung der Nährflüssigkeit ergaben.

3. In einer Anzahl von Fällen, in welchen der applicirte Thiersch-Lister'sche Verband augenscheinlich unzulänglich war, theils wegen Mangelhaftigkeit der Anlage, theils aus Ursachen, welche in den Wundverhältnissen selber lagen (z. B. bei Amputation wegen diffuser Phlegmone, bei Resection wegen acuter oder chronischer Gelenkeiterungen, bei Necrosenoperationen etc.) traten sehr rasch Bacterientrübungen ein. In diesen Fällen waren auch schon in den mikroskopisch untersuchten Wundsecretproben reichliche Massen Bacterien in gegliederten Formen nachzuweisen. Manche dieser Patienten fieberten.

4. In allen Fällen, wo von fiebernden Patienten Wundsecrete entnommen wurden, trat regelmässig — vorausgesetzt, dass das Fieber durch Resorption der Wundsecrete und nicht anderweitig bedingt war — sehr rasch eine mehr oder minder starke Bacterientrübung in der Nährflüssigkeit ein.

5. In der Mehrzahl dieser Fälle verringerte sich in der Folge die Bacterientrübung der nach der Sistirung des Fiebers entnommenen Proben und blieb später in einigen ganz aus.

Aus diesen vorläufigen Ergebnissen seiner Untersuchungen glaubt sich Verf. zu dem Ausspruche berechtigt, dass es bei diesem Verbandverfahren in der That möglich ist, die Wunden vollständig frei von Bacterien zu erhalten. Dass dies in allen Fällen, wo bisher der Thiersch-Lister'sche Verband angewendet wurde, in der Folge möglich sein wird, bezweifelt Verf., da in den Fällen, in welchen Bacterien schon vor dem Eingreifen die Gewebe im Umkreise einer Wunde, Phlegmone oder Eiterhöhle infiltrirt haben, selbst die vollendetste Technik dieses Verbandverfahrens dieselben nicht immer ganz, vielleicht überhaupt nicht wird eliminiren können. Das Verbandverfahren verhindere dann wohl den Zutritt der Bacterien von aussen — falls es exact gehandhabt wurde — aber nicht die Importation derselben mit den Wundsecreten aus den vorher schon mit Bacterien durchsetzten Geweben. Dass aber eine solche Importation aus den Geweben mit den Wundsecreten stattfinden kann, hält Verf. für unzweifelhaft. Andererseits wird aber die Bedeutung, welche man noch von mancher Seite dem thatsächlichen Vorkommen von Bacterien auf granulirenden Wunden auch unter dem Lister'schen Verbande und den Beziehungen dieses Vorkommens zu den accidentellen Wundkrankheiten beilegt, sicher überschätzt. Dieses Vorkommen von Bacterien auf granulirenden Wunden, auch unter dem Lister'schen Verbande, beweise an sich weder etwas für, noch gegen den causalen Zusammenhang der Bacterien mit den accidentellen Wundkrankheiten. Die Beziehungen der Bacterien zu letzteren beginnen nach Verf. erst von dem Momente

Digitized by Google

wenn sie die Gewebe durchdringen, wogegen bekanntlich die gesunden Granulationen, wie man sie besonders auch unter dem Lister'schen Verbande sieht, einen ausgezeichneten Schutz geben. — Uebrigens scheint nach Verf., wie aus seinen Versuchsergebnissen hervorgeht, der Lister'sche Verband auch dann die Bacterien in ihrer Entwicklungsfähigkeit zu beschränken, also relativ unschädlich zu machen.

137. Einige Erfahrungen über die Giftwirkung der nordafrikanischen Scorpiones (Scorpio occitanus Amor). Von G. Valentin. (Zeitschrift für Biologie. XII. Band. II. Heft.)

Es wurden Frösche dem Stiche ausgesetzt. Wenn der Stachel die Haut nicht durchgebohrt hatte, blieben Vergiftungserscheinungen aus. Kleinere Frösche werden schon in der ersten Minute ruhiger und träger. Die Reizempfindlichkeit nimmt aber bald darauf zu. Beim Springen des Frosches zeigt sich eine tetanische Streckung der Hinterbeine. Jeder kräftigen, willkürlichen oder reflectorischen Bewegung folgt ein flimmerndes Zucken einzelner Muskelbündel nach, welches nach Zerstörung des Rückenmarkes vor der Vergiftung ausbleibt. Die Reflexempfänglichkeit schwindet von hinten nach vorn (zuerst in den Hinter-, dann in den Vorderbeinen und zum Schlusse im Auge). Die nach Anwendung von Kettenströmen erfolgenden Schliessungszuckungen stellen sich noch vor dem völligen Schwunde der Empfänglichkeitsspuren ein. Die Schläge eines Magnetelektromotors lösen Starrkrämpfe aus, welchen bald Wechselkrämpfe oder flimmernde Zuckungen folgen; diese letzteren sind auch nach Zerstörung des Rückenmarkes zwichen dem vierten bis sechsten Halswirbel nachzuweisen. Sie treten auch an vom Körper getrennten Extremitäten auf, wenn diese dem Stiche ausgesetzt werden.

Die Muskelzuckungscurve ist von gewöhnlicher Configuration. Der Schneider- und Wadenmuskel liefern nach dem Tode Muskelströme, welche das Bild der Scala eines Sauerwald'schen Spiegelgalvanometers aus dem Gesichtsfelde treiben. Die Verkürzung ist oft schon im Anfange so bedeutend, dass die Hinterbeine wie durch Starrkrampf gestreckt werden. Die Reizung des Nervus ischiadicus erzeugt an einem zur Zeit der Nachzuckungen getödteten Frosche eine Contraction des Wadenmuskels und eine ziemlich mächtige negative Stromschwankung. Auch der Nervus ischiadicus eines unter den eben erwähnten Modalitäten getödteten Thieres gibt einen Nervenstrom mit gewöhnlicher negativer Schwankung und richtigem Elektrotonus in beiden Phasen; aber die negative Schwankung schwindet in der Regel früher, als der Elektrotonus. Die Oberschenkelmuskeln eines während der Nachzuckungen durch Durchschneidung der Medulla oblongata getödteten Frosches zeigten sauere Reaction. Die Pupille behält vor und nach dem Tode eine mittlere Weite. Kehl-, Nasenflügel- und Bauchdeckenbewegungen dauern lange an. Der Herzschlag dauert länger als die willkürlichen Bewegungen. Hat der Herz-

Digitized by Google

schlag aufgehört und wurde die Kammer an einer Stelle gedrückt, so ziehen sich zuerst die beiden Vorhöfe und dann die Kammern zusammen. Die hinteren Lymphherzen klopfen unregelmässig oder in zwei sich nach und nach verkürzenden Abschnitten. Ihre Bewegungen erlöschen früher als die des Blutherzens. Wurde Fröschen Curare unter die Haut gebracht, dann konnten nur Curare- und keine Sticherscheinungen beobachtet werden. Ein kleiner Frosch, dem ein kaum mit freiem Auge wahrnehmbares Curarestückchen unter die Haut gebracht worden war, gab schwache Nachzuckungen. Das Thier erholte sich vollkommen; es ist auffällig, dass dieses viel kleinere Thier trotz des Scorpionsstiches am Leben blieb. Diese Versuche scheinen zu zeigen, dass vielleicht das Curare als ein Gegengift für Scorpiongift anzusehen sei, dass das eigenthümlichste Zeichen des Scorpionsstiches das Auftreten von Nachzuckungen sei, deren Ursache nicht in den Muskeln selbst, sondern in den motorischen Nerven gelegen sei.

Spina.

138. **Weitere Beiträge zur Lehre von der Leukämie.** Von Prof. Ponfick in Rostock. (Virchow's Archiv, 67. B. III. H.)

Entgegen der Ansicht Neumann's und seiner Anhänger, dass die Quelle und der eigentliche Herd der leukämischen Erkrankung in einer diffusen Hyperplasie des Knochenmarks (myelogene Leukämie) bestehe, an die sich die Veränderungen des Blutes und dann, je nachdem, die der Milz (Leukaem. lienal.) oder der Lymphdrüsen (Leukaem. lymphat.) anschliessen, konnte P. schon früher (Virch. Arch., 56. B.) in einem Falle zeigen, dass eine sehr ausgesprochene Leukämie wirklich vorkommen kann, ohne überhaupt mit einer Erkrankung des Knochenmarks verbunden zu sein. Wenn P. nun gleichwohl in beiden in dieser Arbeit mitgetheilten Fällen nebst den Veränderungen in der Milz und in den Lymphdrüsen auch Veränderungen im Knochenmark nachweisen konnte, so hält er Neumann's Ansicht noch durchaus nicht für gerechtfertigt; vielmehr scheinen ihm alle drei Formen von Leukämie als gleichwerthig, als coordinirt, ohne dass man allerdings im gegebenen Falle bestimmt sagen könnte, von welchem Organ die Erkrankung ihren Ausgang genommen. Anhaltspunkte gibt P. der zweite mitgetheilte Fall. Es handelte sich um einen Pferdeknecht, der nach einem Hufschlag in die linke Bauchseite eine Peritonitis überstand, scheinbar gesund wurde, nach einem Jahre aber an Leukämie zu Grunde ging. Die Section ergab lienal-medullare Leukämie mit überwiegenden Veränderungen im Knochenmark. P. weist aber auf ein wichtiges Moment in dem Befunde hin; die Milz war nämlich in Folge der überstandenen Peritonitis, deren Ursache eben der Hufschlag in die Milzgegend war, von dichten Schwarten umschlossen, welche einer grösseren Expansion bedeutende Hindernisse boten. (Aehnliches findet ja auch bei einer von Schwarten umschlossenen Milz im Typhus statt. Ref.) „Insofern als sich hier die Milzveränderung mit grösster Wahrscheinlich-

Digitized by Google

keit als der Mittel- und Ausgangspunkt der Erkrankung feststellen lässt, ist es sehr wohl denkbar, dass der leukämische Process an dieser Stätte nachliess, um dafür an einer anderen weit entfernten Stätte (den Knochen) frisch einzusetzen oder eine erhöhte Thätigkeit zu entfalten." Die Veränderungen im Knochenmark können daher ebenso gut für secundär gehalten werden. Ein Kriterium dafür, ob bei leukämischer Beschaffenheit des Blutes Veränderungen im Knochenmark vorgegangen seien, existire nicht, da die bei der medullaren Hyperplasie als charakteristisch angesehenen Uebergangsformen im Blute ebenso gut vorhanden sein als auch fehlen können. Als bisher bei Leukämie noch nirgends erhaltenen Befund erwähnt P. hämorrhagische Infarcte im hyperplastischen, lymphoiden Knochenmark, analog den Infarcten in der Milz, welche bei längerem Bestehen der Krankheit darin so oft vorkommen. Jellinek.

139. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Sumpffieber. Von A. Kelsch. (Arch. d. physiol. etc. 1875. S. 690. Centralbl. 1876, Referat von Grawitz.)

Die im Militärhospital zu Philippeville während einer Sumpffieberepidemie an 1181 Kranken angestellten Beobachtungen ergaben: 1. Verminderung der Blutkörperchen (der rothen und weissen) auf $^1/_5$ bis $^1/_{10}$ der normalen Anzahl. Die Abnahme ist besonders rapide im Beginn des ersten Fieberanfalles, dauert dann, etwas geringer werdend, aber stetig an, bis mit dem Eintritt mehrtägiger Fieberpausen kleine Schwankungen, und dann langsame Zunahme der Blutkörperchen die Heilung einleiten. 2. Eine beträchtliche Grössenzunahme der rothen Blutkörperchen. 3. Melanämie; constant bei den perniciösen Fiebern, und hier, da die pigmentführenden Zellen auch in den peripherischen Gefässen gefunden werden, von diagnostischer Bedeutung. Gewöhnlich, wenn nicht immer, trifft man das Pigment bei den Malaria-Cachexien, namentlich im Gewebe der Milz, der Leber und des Knochenmarkes abgelagert.

Das Pigment ist meist an Zellen gebunden, und kommt nur im Milz- und Lebervenenblute frei vor; auch hier aber überwiegend in Zellen. Neben wirklichem Pigment führen einzelne Zellen Bröckel und Fragmente rother Blutkörperchen. K. sieht nicht die Milz als die Bildungsstelle des Farbstoffes an, sondern glaubt, dass derselbe in gelöster Form im Blute circulire und sich in den farblosen Blutzellen niederschlage; das vorwiegende Vorkommen im Milz- und Pfortaderblut erklärt er durch die dort langsamer vorsichgehende Circulation. Schliesslich wird ein Theil des Pigments ausgeschieden, ein Theil im Gewebe der Milz und Leber deponirt.

Digitized by Google

Kritiken und Buchanzeigen.

140. Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage. (Vorträge für praktische Aerzte und Studirende von Dr. W. Winternitz. I. Band. „Der Einfluss der Hydrotherapie auf Innervation und Circulation." Wien 1876. Urban und Schwarzenberg.)

Dem umfassend gebildeten, geistvollen und vielerfahrenen Arzte, dem wir dies Buch verdanken, vertiefte sich seine Aufgabe in sehr interessanter Weise. Es ist heutzutage selbstverständlich, dass die Hydrotherapie auf der Kenntniss von den physiologischen Wirkungen des Wassers aufgebaut werden muss. Der Verfasser hat nun gefunden, dass diese pharmakologische Untersuchung tieferen Einblick in die therapeutischen Vorgänge gewähren kann, als irgend eine andere. Die pharmakologische Untersuchung eines Alcaloids wird vielleicht seine Wirkung feststellen, das Wieso derselben aber ganz dunkel lassen, weil der elementare Vorgang, die chemische Einwirkung des betreffenden Stoffes auf die Nervenzelle uns völlig unbekannt ist. Wie hingegen differente Temperaturen auf das Nervensystem wirken, ist uns um so viel klarer, als uns der physikalische Vorgang der Wärmeentziehung und Wärmezufuhr klarer ist, als die chemische Veränderung des unbekannten Nervenprotoplasmas durch nur theilweise bekannte Stoffe. An den physikalischen Agentien der Hydrotherapie muss man sich also, wenn nicht heute, so doch in nicht zu ferner Zukunft dem Ideal der pharmakologischen Studien nähern können, wo der therapeutische Eingriff uns völlig durchsichtig wird und unsere Einsicht in die Folgen unseres ärztlichen Thuns nicht mehr durch unsere Unkenntniss des Pharmakons, sondern nur durch unser geringes Verständniss des krankhaften Vorganges eingeschränkt wird.

In diesem Sinne scheint mir das Buch von Dr. W. angelegt, und man kann wohl sagen, der Versuch ist zum grössten Theile gelungen. Was die grossen Gesichtspunkte betrifft, unter denen der Verf. sein Thema betrachtet, so konnte höchstens hie und da des Guten etwas zu viel geschehen sein.

Wenn wir mit dem Verf. eine Zukunftspathologie erhoffen, welche „die quantitativen und qualitativen Abänderungen der (organischen) Bewegungsvorgänge genau erkannt haben wird und eine Therapie, welche alle durch die verschiedensten Bewegungsreize bedingte abnorme Bewegung entsprechend modificiren wird", weil ja alle organischen Vorgänge auf Bewegungserscheinungen zurückzuführen sind, — so fürchte ich, werden wir unseren desillusionirten Nachfahren als recht naive Hoffer erscheinen. Dass die Richtung auf dieses Ziel die rechte sei, ist ein geringer Trost, denn das Kind greift auch in der rechten Richtung nach dem Mond. — Wer aber nach diesen Darlegungen der Einleitung fürchten sollte, das

Digitized by Google

Ausschauen nach dem unerreichbar idealen Ziel hindere unseren Autor am richtigen Bestellen seines nächsten Arbeitsfeldes und an der scharfsinnigen, emsigen Untersuchung näherliegender Probleme, würde sehr irren und sehr angenehm enttäuscht werden. Nur an ganz vereinzelten Stellen erscheint ein leichtes Zuviel von der Theorie, so S. 18 über die Frage, wieso thermische Dinge vom Nervensystem percipirt werden. Sonst wird der Einfluss der hydriatischen Proceduren zwar durchaus wissenschaftlich, mit den Methoden der Physiologie, aber zugleich im besten Sinne in praktischer Absicht, mit stetem Hinblicke auf die therapeutische Verwendung durchgeführt. Alle Vorarbeiten Anderer sind mit Umsicht und Kritik verwendet. In vielen wichtigen Punkten haben die eigenen Arbeiten Winternitz's das Verständniss der Vorgänge ermöglicht, Vermuthetes sichergestellt, neue Thatsachen geliefert. Man kann wohl sagen, dass die Fragen nach dem Einfluss der Hydrotherapie auf Innervation und Circulation theils beantwortet, theils ihrer Erledigung nahe geführt sind.

Das Buch hätte aber nur einen Theil des Werthes, den es für den Arzt besitzt, wenn der Verfasser nicht zugleich auch immer als klinischer Beobachter, als Therapeut und Lehrer einer besonderen therapeutischen Technik dachte und spräche. Er bringt aber, sowie eine Gruppe physiologischer Thatsachen erledigt ist, sogleich die einschlägigen therapeutischen Massregeln zur Sprache, erläutert die Technik der Proceduren auf's klarste und in's Detail eingehend, und belegt seine Sätze und Empfehlungen mit einer Reihe höchst interessanter Krankengeschichten. Bei diesen ist vor Allem die klare und präcise Stellung der zu erfüllenden Indicationen vortrefflich; was im einzelnen Falle in den Zuständen und Functionen der verschiedenen Organe abgeändert werden soll, wird jedesmal scharf und klar dargelegt; die Mittel dazu in den besprochenen hydriatischen Eingriffen aufgewiesen; der Erfolg in den besprochenen Krankheitsfällen ist die Probe auf die Rechnung, die Bewahrheitung eines bewussten logischen Gedankenganges. Gewiss ist in anderen ungünstigen Fällen der Erfolg nicht so glänzend gewesen. Dies wird offen beigefügt, wie S. 67, bei Besprechung eines glänzenden Heilerfolgs bei einem Klappenfehler mit schwerer Compensationsstörung; übrigens ist eine Statistik der Erfolge bei complicirten Krankheitsformen nicht so möglich, wie etwa bezüglich der Chininwirkung bei Intermittens und kann daher auch nicht gefordert werden.

Von besonderem praktischen Interesse scheint uns u. A. der Satz, es sei der entzündete Theil immer nur kühl, der Verlauf der zuführenden Gefässe (z. B. am Oberarm bei Phlegmonen der Hand) kalt zu halten, der Nachweis, wie mächtig durch dies letztere Verfahren die Circulation in der erkrankten Region beeinflusst wird; daran anschliessend die vom Verf. empfohlene Methode bei Behandlung von hartnäckigen Geschwüren und von Brandwunden; die Verwendung der Einpackung als mächtigstes Derivans bei Hirnhyperämien u. s. f.

Digitized by Google

So sei das Buch bestens empfohlen, das kaum Jemand ohne Nutzen und (was auch etwas werth ist) ohne Vergnügen über die geistvolle Darstellung lesen wird. Breuer.

141. Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs, der Nase und des Rachens. Von Dr. Carl Störk. I. Hälfte: Laryngoskopie, Rhinoskopie, Krankheiten der Nase und des Rachens. Mit Holzschnitten, Chromoxylographien, Schwarz- und Farbendruck-Tafeln. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1876.

Wenn ein so verdienstvoller Forscher, wie Störk, dessen Name stets unter den Ersten seines Faches genannt werden wird, es unternimmt, nach Jahre langer Arbeit seine Erfahrungen in einem Lehrbuche zusammenzustellen, dann lässt sich wohl von vorneherein nur Gutes von solcher Arbeit erwarten. Erwägt man ferner, dass wohl in keinem Zweige der praktischen Medicin im Laufe weniger Jahre so rapide Fortschritte gemacht worden sind, wie in dem der Laryngoskopie und Rhinoskopie, während gleichwohl ein Werk, das diese Errungenschaften vollständig zusammenfasste, nicht existirt, dann muss mit doppelter Freude das vorliegende Werk begrüsst werden. Eine ausführliche Besprechung der einzelnen Abschnitte würde uns hier zu weit führen; wir beschränken uns darum an dieser Stelle darauf, nur den wesentlichen Inhalt dieses Buches kurz zu skizziren.

Der erste Abschnitt enthält die Geschichte der Laryngoskopie; ihm schliesst sich eine genaue Beschreibung der gebräuchlichsten laryngoskopischen Apparate an; sodann folgt eine genaue Beschreibung der anatomischen Verhältnisse, erläutert durch vortreffliche Abbildungen.

Alsdann wird die Technik der Untersuchung, die Hindernisse, die sich der Inspection des Kehlkopfs unter Umständen entgegenstellen, und die Mittel, diese Schwierigkeiten zu überwinden, einer eingehenden Besprechung unterzogen. Diesem Capitel schliessen sich an die Untersuchung der Trachea, sowie die Durchleuchtungsmethode und die Autolaryngoskopie.

Sodann folgt eine genaue Besprechung der bisher in fast allen Lehrbüchern sehr stiefmütterlich behandelten Rhinoskopie. Diesem schliessen sich an eine genaue Beschreibung des physiologischen Verhaltens des weichen Gaumens, der Epiglottis, der Deglutition, der Tonerzeugung und Stimmbildung, der Wirkung der Kehlkopfmusculatur, insbesondere bei der Phonation, beim Sprechen und Singen.

Es folgen dann die Krankheiten der Nase und des Rachens; auch hier werden zuerst die Untersuchungsmethoden besprochen, dann die Behandlungsmethoden im Allgemeinen; diesen schliessen sich an: der acute Katarrh der Nase, der eitrige Katarrh, der Katarrh der Stirn- und Keilbeinshöhle, die Erkrankung des Thränen-Nasenganges, der chronische Nasenkatarrh, die Neubildungen und die Fremdkörper in der Nase.

Digitized by Google

Anhangsweise findet sodann das Nasenbluten Besprechung. Ihm schliessen sich an: die rhinoskopischen Operationen, deren Bedeutung durch verschiedene Krankengeschichten in trefflicher Weise erläutert wird.

Das folgende Capitel handelt von den Krankheiten des Rachens; dasselbe beginnt mit dem acuten Katarrh des Pharynx, dem sich sodann die Besprechung der Angina, des chronischen Katarrhs des Rachens, der Pharyngitis granulosa, der Retropharyngealabscesse anschliessen; diesen folgen Diphtheritis und Croup, sowie Pseudocroup, welche eine ganz besonders eingehende Würdigung finden.

In einem weiteren Abschnitte werden die syphilitischen Erkrankungen der Nasen- und Rachenschleimhaut besprochen, und zwar zunächst das Erythema syphiliticum, dann die Papel, das syphilitische Geschwür, die Ozaena syphilitica, die syphilitische Infection am Munde und die latente tardive Form der Syphilis. Sodann folgt die Ozaena scrophulosa. Ein besonders wichtiges und vollkommen neues Capitel stellt Capitel XV dar, das über die chronische Blennorrhoë der Nasen-, Kehlkopf- und Luftröhren-Schleimhaut in ihrem Vorkommen in Galizien, Polen und Bessarabien handelt.

Im XVI. Capitel folgen die Anomalien der Stimme, und zwar zuerst die durch pathologische Zustände bedingten Stimmanomalien, dann die Mutation, die Anomalien der Stimme durch abnorme Muskel-Spannung.

Dies der wesentliche Inhalt der I. Hälfte dieses Werkes, das sowohl den Laryngoskopikern von Fach, wie jedem Arzte eine willkommene Gabe sein wird. Möge der Autor uns recht bald die II. Hälfte bringen.

Riegel.

142. **Chirurgie vor 100 Jahren.** Historische Studie von Dr. Georg Fischer in Hannover. Leipzig, Verl. von F. C. W. Vogel, 1876. 585 S.

Das umfangreiche, schön ausgestattete Buch ist der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewidmet und muss als eine sehr erfreuliche Leistung bezeichnet werden. Der Verf. hat mit grosser Sachkenntniss und mit Aufwendung einer offenbar sehr bedeutenden Mühe aus der Literatur der Vergangenheit gewissermassen abstrahirt, um eine Gegenwart zu schaffen, die er dem Leser vorführt. Gleich jenen guten historischen Romanen, die ganz unmerklich den historischen und den Localton ihrer Geschichte treffen, als ob es nicht anders sein könnte, bringt uns dieses Buch zurück in die Zeit, wo die deutsche Wundarzneikunst die gehorsame Schülerin und Nachahmerin der französischen und englischen Autoritäten darstellte. Damals war die servile Denkweise der deutschen sogen. Gelehrten noch ihre beste Eigenschaft, freilich nur deswegen, weil die Fremden wirklich etwas leisteten, was aufgenommen zu werden verdiente. Die deutschen Chirurgen waren zufrieden, wenn sie aus eigener Inspiration eine sogenannte „Arquebusads“ (Wundsalbe) erfunden hatten, welche als Geheimniss bewahrt wurde und deren Verhalten den verschie-

Digitized by Google

densten Krankheiten gegenüber zu eruiren, sie als die Aufgabe ihrer wissenschaftlichen Thätigkeit betrachteten. Wir haben glücklicherweise nachgeholt, was damals vernachlässigt wurde und deshalb erfüllt uns beim Lesen des Buches eine gewisse Freude, zu sehen,

— „wie wir's dann zuletzt so herrlich weit gebracht."

Es kann hier unmöglich der Inhalt des F.'schen Buches auch nur in Kurzem wiedergegeben werden. Seine Lectüre ist auch dem Nicht-Chirurgen sehr zu empfehlen; man findet auf jeder Seite Anregung und nicht wenig, was uns als die angebliche Erfindung der jüngsten Zeit sehr bekannt und anheimelnd entgegentritt. Höchst lehrreich ist es zu sehen, wie vor 100 Jahren Gedanken fast der Vollendung entgegengeführt wurden und dann plötzlich ohne das entscheidende Wort, das zur Krönung des Ganzen abging, liegen blieben, bis 100 Jahre später erst der unscheinbare Schritt zum Ziele ausgeführt wurde, so, als ob die Decennien an der verflossenen Geistesarbeit spurlos vorübergegangen wären und der Verfasser von heute unbehindert dort angefangen hätte zu schreiben, wo dem Vorfahr vor 100 Jahren oder gestern die Feder aus Müdigkeit aus der Hand gesunken. Das Buch übt die Wirkung auf den Leser aus, die jeder Autor am höchsten schätzen muss, gewinnt für die Geschichtsforschung einen Gegenstand, und ist dem Chirurgen, der die ältere Literatur seines Gegenstandes schwer übersehen kann, ein sehr angenehmes und belehrendes Lese- und Nachschlagebuch. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie kann stolz darauf sein, dass sie dem Verf. die Anregung zur Abfassung des Buches gegeben hat.

Winiwarter.

143. Balneologische Briefe zur Pathologie und Therapie der constitutionellen Krankheiten. Von Dr. J. W. Beneke, Geh. Medicinalrath, ordentl. Prof. der pathologischen Anatomie und allg. Pathologie zu Marburg und Leipzig. N. G. Elevert'sche Verlagsbuchhandlung 1876.

In der leichteren Form von Briefen gibt uns der Verf. hier ein Handbuch der allgemeinen Balneologie, welches die wissenschaftlichen Grundlagen der Balneologie und Klimatologie in Verbindung mit den neueren Errungenschaften der Pathologie zu einem zusammenhängenden Baue aufzurichten bemüht ist. Wir wollen diesen mit einigen Linien unseren Lesern zu skizziren versuchen. Der erste Brief beschäftigt sich mit den „badeärztlichen Aufgaben". Als solche bezeichnet Verf. besonders die Beseitigung der constitutionellen Störungen und betont hiebei mit Recht, dass dieselbe Oberflächlichkeit, welche den Badeärzten zur Last gelegt wird, bei den praktischen Aerzten sowohl in Bezug auf die richtige Diagnose, als die Heilpläne für die constitutionellen Störungen besteht. Die Lösung der Aufgabe eines Badearztes erfordere eine Anzahl von Eigenschaften, welche nur erst mit den Jahren erworben werden könne. In erster Linie handelt es sich um Sicherheit in der Diagnostik, die ursächlichen Verhältnisse des Krankheitszustandes müssen aufgeklärt und die

Digitized by Google

Veränderungen des Stoffwechsels erkannt werden, bevor der Curplan zu entwerfen ist, welche Modificationen in dem Gebrauche der Quellen vorzunehmen, welche Combinationen etwa von fremden Mineralwässern mit den an Ort und Stelle gebotenen Bädern, klimatischen Agentien u. s. w. anzurathen sind. Dazu gehört selbstverständlich eine genaue Kenntniss der Wirkung der einzelnen Bestandtheile aller Mineralquellen und eine ganz präcise Kenntniss der physiologischen Wirkungen der an Ort und Stelle zur Disposition stehenden Heilagentien. „Die Entwicklung und Behandlung der constitutionellen Krankheiten im Allgemeinen" bildet den Vorwurf des zweiten Briefes. Verf. vindicirt dabei der innerlichen Anwendung der Mineralwässer vor allem Anderen die Aenderung der Proportionen der integrirenden Bestandtheile des Blutes und der Säfte. Dies sei der erste Effect der Mineralwässer, der zweite sei die damit bedingte Aenderung der Function gewisser Organe, in Folge der Aenderung von Diffusionsvorgängen, in Folge von localen Reizen u. s. w., und diesem verbinde sich unmittelbar der dritte, eine Aenderung der Ernährungsvorgänge, sei es im Allgemeinen oder vorzugsweise in Betreff einzelner Gewebe. Die Beseitigung oder Besserung der constitutionellen Krankheitsformen stellt aber noch weitere Aufgaben. Wir sollen nicht nur direct auf die Säftemischung corrigirend einwirken, sondern zugleich, und in manchen Fällen ganz vorzugsweise, auch gestörte Functionen von Organen oder deren krankhafte anatomische Beschaffenheit zur Norm zurückzuführen suchen. Zu diesen Zwecken stehen in den verschiedenen Bädern, sowie in klimatischen Einflüssen die mächtigsten Heilmittel zur Disposition. Mit ihnen greifen wir fast durchweg zunächst das Nervensystem als den Regulator aller Functionen der einzelnen Organe an, um in zweiter Linie und durch dasselbe auf diese Functionen selbst, auf die Gewebe der Organe, d. h. also die anatomische Beschaffenheit derselben, und in dritter Linie wieder auf die Mischung des Blutes und der Säfte zu wirken. Da aber jene Störungen von Functionen oder anatomischen Apparaten bald durch ungeeignete Nahrung, bald durch den Beruf, bald durch psychische Einflüsse hervorgerufen werden, so haben die Bädercuren und klimatischen Curen, neben der Anwendung von Bad und klimatischen Agentien selbst, die ganz wesentliche Aufgabe, jenen ätiologischen Momenten so direct als möglich entgegenzuwirken. Eine in jeder Beziehung richtig gewählte Diät, die beste Lage und Beschaffenheit der Wohnungen, die tadellose Beschaffenheit des Klima's des Badeortes, die Ausspannung aus den täglichen Berufsarbeiten und gewohnten Umgebungen, die umsichtige und massvolle Einwirkung auf das Gemüth der Kranken durch geselligen Verkehr, Natur- und einfache Kunstgenüsse, Zerstreuung durch geeignete Lectüre, das Alles muss den Badecuren zur Seite stehen, wenn der Erfolg ein befriedigender werden soll.

Während der dritte, vierte und fünfte Brief sich mit den einzelnen Constitutionsanomalien beschäftigt: der scrophulösen, rachitischen, carcino-

Digitized by Google

matösen, fettsüchtigen, rheumatischen, gichtischen, anämischen, phlebectatischen und „chromogenen“ und dabei sich in etwas zu breite pathologische Deductionen einlässt, ist der sechste und siebente Brief der „Tragweite der inneren Anwendung der Heilquellen“ gewidmet. Dabei geht B. von dem Hauptgesichtspunkte aus, dass die Mineralwässer nicht gegen bestimmt benannte Krankheitsformen, sondern gegen bestimmte krankhafte Zustände der Säftemischung oder der anatomischen Apparate anzuwenden sind. So werden vorerst die Zustände hervorgehoben, bei denen eine Retardation der Metamorphose der stickstoffhaltigen Verbindungen vorhanden ist. Das einfachste Mittel, um dieser Retardation entgegenzuwirken, ist eine einfache $^1/_2$- bis 1procentige Kochsalzlösung, der Art, dass des Morgens im nüchternen Zustande 300 bis 500 bis 600 GG. solcher Lösung getrunken werden. Solche einfache Kochsalzlösungen bietet uns die Natur nirgends dar. Diejenigen natürlichen Mineralwässer, welche zu ähnlichen Zwecken angewandt werden und als Hauptbestandtheil das Kochsalz enthalten, sind der Kissinger, Ragoczy und Pandur, der Homburger Elisabethbrunnen, die Nauheimer Cur- und Carlsbrunnen und die Sodener Quellen. Dieselbe Störung, combinirt mit pathologischen Zuständen der Leber, weist auf ein anderes Mittelsalz hin, nämlich das Glaubersalz, welches in den Quellen Carlsbad's, Marienbad's, Franzensbad's, Elster's und Tarasp's enthalten ist.

Eine zweite grosse therapeutische Aufgabe bei der Behandlung constitutioneller Krankheitsformen, bestehend in der Erhöhung der Alkalescenz oder des Alkaligehaltes der Säftemischung wird durch Darreichung von Kali und Natron erfüllt. Als nahezu reine kohlensaure Natronquellen stehen die von Vichy, Neuenahr, Fachingen, Salzbrunn, Giesshübel und Geilnau zu Gebote, welche nur sehr unbedeutende Mengen von Kochsalz und geringe Mengen von kohlensaurem Magnesia und Kalk enthalten, während die hauptsächlich in Anwendung gezogenen Natronquellen neben dem kohlensauren Natron wirksame Mengen von Kochsalz enthalten; so Ems, Lohatschowitz, Gleichenberg, Selters. In die Reihe der die Alkalescenz der Körpersäfte und Flüssigkeiten erhöhenden Heilquellen gehören auch die erdigen Mineralquellen, unter denen die Wildunger und Lippspringer die bekanntesten.

Während die alkalischen und alkalisch erdigen Heilquellen die gemeinschaftliche Wirkung haben, eine zeitweilige oder dauernde Steigerung der Alkalescenz der Körpersäfte zu verursachen, empfiehlt B. für die entgegengesetzte Aufgabe, die Herabsetzung der Alkalescenz der Säfte oder die Erhöhung des Säuregrades nach Vorbild der Mineralwassercuren, eine methodische Anwendung von Mineralsäuren.

Eine Reihe von Heilquellen hat auf die Mischung der Säfte des Körpers selbst nur einen untergeordneten oder indirecten oder gar keinen Einfluss, wirkt jedoch auf die Bildung der Blutkörperchenmasse nie, dies sind die Schwefel- und Eisenwässer. Während die Schwefelwässer den

Digitized by Google

Untergang der rothen Blutkörperchen beschleunigen, erfüllen die Eisenwässer die weit häufigere Aufgabe der Unterstützung der Bildung dieser Blutkörperchen.

Das Bestreben, die Säftemischung durch die Heilquellen dauernd zu ändern, muss durch zweckentsprechende Nahrung unterstützt werden und diesen „diätetischen Aufgaben" ist der achte Brief gewidmet, während der folgende Brief näher auf die Luft- und Badecuren eingeht und die letzteren von ihren beiden Hauptangriffspunkten, auf die Wärmeökonomie des Organismus und auf das peripherische Nervensystem betrachtet, somit eine allgemeine Skizzirung der wesentlichsten Grundsätze der Bäderlehre gibt. Im zehnten (letzten) Briefe finden sich höchst beherzigenswerthe Weisungen über die Verwaltung der Badeorte und den ärztlichen Verkehr zwischen den Badeärzten einerseits und den Stadt- und Landärzten anderseits.

Wir müssen uns auf diese kurze Inhaltsangabe der „Balneologischen Briefe" beschränken, aber schon daraus werden die Leser entnehmen, dass das vorliegende Buch kein nach gewöhnlicher Schablone gearbeitetes, sondern originell durchdacht und geschrieben ist. Wenn auch in manchen Punkten mit dem Verf. bezüglich seiner pathologischen Auffassungen und der darauf begründeten balneologischen Theorien nicht einverstanden, müssen wir ihm doch für diese Publication den Dank namens der badeärztlichen Specialcollegen aussprechen, welche darin vielfache Anregung zu weiteren Studien finden werden. Kisch.

144. Ueber die schwedische Heilgymnastik mit besonderer Berücksichtigung der mechanischen Nervenreize. Von G. v. Cederschjöld. Hannover 1877.

In der 32 Seiten starken Broschüre liefert uns der Verf. ein Panegyrikon der Heilgymnastik, welche er als Director eines solchen Institutes cultivirt. Gilt es uns als ausgemachte Thatsache, dass die Anwendung der schwedischen Heilgymnastik für bestimmte Fälle unseren therapeutischen Zwecken vollkommen entspricht, so muss es uns wieder anderseits Wunder nehmen, wenn jene unter dem Scheine der wissenschaftlichen Objectivität als Universalmittel für ein ganzes Heer von Erkrankungen angepriesen wird. Dadurch wird der guten Sache blos geschadet, und dem Leser eine übernatürliche Naivität zugemuthet. Der Verf. bemüht sich, der vor 60 Jahren von dem Schweden Prof. P. H. Ling gemachten Erfindung mit Hilfe von Citaten und eigenen, oft eigenthümlichen Vorstellungen eine theoretische Grundlage zu verleihen. Zu diesem Zwecke wird Eingangs die Innervation und der Blutdruck in bequemer Weise verwerthet; in diesem Sinne kommt Verf. dann auf die wichtigen duplicirten Bewegungen zu sprechen, das sind Muskelcontractionen, welche durch irgend ein Hinderniss erschwert werden (z. B. Beugung des Arms, die dadurch behindert wird, dass ein Anderer

Digitized by Google

ihn zu strecken versucht). Von diesem Standpunkte müssen die gewöhnlichen Geh- und Turnübungen als meist zweckwidrige und blos einseitige Bewegungen als unpassend zu Heilzwecken erachtet werden (?).

In das Gebiet der Heilgymnastik zieht der Verf. auch die gewiss oft äusserst nützlichen passiven Bewegungen, worauf er besonderes Gewicht legt, die mechanischen Nervenreize, das ist Druck auf einzelne Nervengebiete, der an Stelle der elektrischen Reizung treten soll. Auf diese Weise behebt der Verf. die Schwierigkeiten der Stuhlentleerung durch Druck auf den Plexus solaris und Reizung der Sacralnerven und heilt den Durchfall durch gelinde, zitternde Erschütterungen des Bauches (!). Das Lungenemphysem soll am besten durch mechanische Behandlung curirt werden, wobei der Gebrauch pneumatischer Apparate als unzulänglich angesehen wird. Passive Respirationsbewegungen, mechanische Reize des Vagus und der N. phrenici, Verengerung des Brustraumes durch Hinaufschieben der Eingeweide sind die geeignetsten Heilmittel. Selbst die incurabelsten Erkrankungen bessern sich durch Heilgymnastik; so wurden in Stockholm im Jahre 1875 unter 700 Patienten 200 wegen Herzfehler behandelt; (wie viele geheilt, gebessert und gestorben sind, hat der Verf. unterlassen anzugeben. Refer.)

Die beginnende Muskelatrophie, die Fettleibigkeit, die Chlorose, die Fettleber müssen gleichfalls mechanisch behandelt werden. Neuralgien, ja Rückenmarkslähmungen wurden ausschliesslich durch Druck auf die Nerven in kürzester Zeit geheilt (!). Auch ein angeborener Plattfuss bei einem 2 Tage alten Kinde kam in die Behandlung des Herrn C. Es geht wohl aus der oberflächlichen Beschreibung gar nicht hervor, ob es ein Plattfuss oder ein Klumpfuss war, allein der Verf. drückte 8 Tage lang den N. tib. post. und das Kind war von seiner Deformität gänzlich befreit. Für die Beurtheilung dieser Schrift ist die Zahl der angeführten Beispiele gewiss hinreichend. Wölfler.

145. Rohitsch-Sauerbrunn während der Saison 1875 in socialer, ökonomischer, physikalisch-chemischer und chemischer Beziehung. Dargestellt von Dr. Julius Glax. Graz 1876.

Ein erschöpfender scientifischer Bericht, welcher geeignet ist, für die Curmittel dieses noch lange nicht genug gewürdigten Rohitsch in ärztlichen Kreisen Propaganda zu machen. Indess scheint uns der Verf. in seinem Eifer zu weit zu gehen, wenn er Rohitsch die Aufgabe zutheilt, „für den ganzen Süden das zu werden, was Carlsbad für den Norden ist". Verf. hebt in seinen medicinischen Bemerkungen die von ihm schon früher vertretene Ansicht hervor, dass das Hauptgewicht bei allen Trinkcuren auf die Aenderung der Mechanik der Blutbewegungen fällt und dass für die Wirkungen der Mineralquellen auf den menschlichen Organismus neben ihrer Temperatur und ihrem Gasgehalte in erster Linie die Menge der gelösten fixen Bestandtheile und das arithmetische Mittel aus der Summe

Digitized by Google

der endosmotischen Aequivalente der einzelnen Salze massgebend ist. Er meint, dass Mineralwässer, welche grosse Mengen von Salzen führen, nicht zur Resorption gelangen und in Folge dessen eine purgirende Wirkung äussern, während Quellen, welche ausschliesslich mässige Mengen von Kohlensäuren und Chlorverbindungen enthalten, in hohem Masse resorbirt werden, weil die betreffenden Salze ein niederes endosmotisches Aequivalent besitzen; das Blut wird salzreich, die Gewebe werden entwässert und es vermindern sich die abnormen Secretionen, während gleichzeitig die Diurese steigt. Ganz ähnliche Wirkung vindicirt G. den Quellen, welche neben kohlensauren Salzen auch schwefelsaure Verbindungen in nicht allzu grosser Menge führen und begründet hierauf auch die Anzeigen des Rohitscher Tempelbrunnen. Er hält diesen Säuerling unter Anwendung verschiedener Trinkmethoden in allen jenen pathologischen Zuständen indicirt, welche auf vermehrter oder verminderter Transfusion im Capillarengebiete des ganzen Organismus beruhen oder ihren Grund in einer Erhöhung des Gewebsdruckes einzelner Organe des Körpers haben. Diese Indicationen erörtert er speciell an einer Reihe von Constitutionskrankheiten und Kachexien, chronischen Hyperämien, Entzündungen und Katarrhen.

Als eine locale Neuerung Rohitsch's entnehmen wir dem Berichte, dass gegenwärtig nebst dem Tempelbrunnen, der bisher ausschliesslich zu Trinkcuren und zum Versenden verwendet wurde, ein neuer Quell, der „Moriz-Brunnen" analysirt worden ist, und dass dieser in die Classe der erdalkalisch-salinischen Säuerlinge gehört; jedoch einen bedeutend geringeren Gehalt an fixen Bestandtheilen hat, als der Tempelbrunnen. Eine von Prof. Buchner vorgenommene neue Analyse des Tempelbrunnens zeigt, dass bei dieser Quelle sowohl die Summe der fixen Bestandtheile, als auch der Gehalt der freien Kohlensäure innerhalb 35 Jahren zugenommen hat, während der Eisengehalt beinahe um die Hälfte kleiner gefunden wurde. Kisch.

146. Die neueren Methoden der Wundbehandlung auf statistischer Grundlage. Von Dr. Paul Güterbock. Berlin 1876. Verl. v. Hirschwald. 192 Seiten.

Wenn der Verf. die Güte gehabt hätte, sein Capitel „Schlussbemerkungen" (pag. 186) seiner Arbeit voranzustellen, so hätte er manche Enttäuschung manchem gewissenhaften Leser ersparen können. Die Aufgabe, die der Verf. sich vorgesteckt hat und welche er gelöst zu haben glaubt, war, die drei Hauptmethoden der neueren Wundbehandlung, die offene, die antiseptische und den Watteverband (oder wie G. aus unbekannten Gründen sagt „Wattverband") nach den bisher von Anderen veröffentlichten Resultaten zu vergleichen und die Resultate dieses Vergleiches zu constatiren. Er führt denselben durch an den Amputationen und an den complicirten Fracturen und gelangt zu dem Schlusse, dass

Digitized by Google

„in allen den Fällen, in welchen bisher eine dieser drei Wundbehandlungsmethoden angewandt worden ist, ihr Einfluss sich nicht so weit geltend gemacht hat, dass man sie durchgängig für besser als die älteren Verfahren halten und für eine allgemeine Einführung einer derselben, als der dem Ideale localer Wundtherapie am nächsten kommenden, stimmen dürfte." — „Es ist unleugbar und keiner weiteren Ausführung bedürftig, dass unter den gegebenen Verhältnissen eines bestimmten Falles der Einfluss der localen Wundbehandlung ein sehr erheblicher sein kann, während eben dieser Einfluss, je grösser die Summen der Fälle werden, desto weiter in den Hintergrund gegenüber dem Complexe anderweitiger Verhältnisse der Verletzten, resp. Operirten zurücktritt." — Es ist hier nicht möglich, auf die Einzelheiten der mühsamen Arbeit G.'s einzugehen — der Ref. aber vermag sich kaum der Ansicht zu verschliessen, dass die Statistik in den Händen des Verf.'s mehr bewiesen hat, als sie beweisen kann. Man kann die Resultate der verschiedenen Wundbehandlungsmethoden, so weit sie jetzt vorliegen, nur vergleichen, wenn man nicht zu sehr in's Detail geht. Im entgegengesetzten Falle zersplittert das Material in eine Menge ungleichartiger Fälle, welche, um verglichen werden zu können, zu lauter numerisch kleinen Gruppen zusammengestellt werden müssen, deren Vergleich dann freilich keinen Ausschlag geben kann. Das ist es, was G. meint in dem zweiten der angeführten Sätze, dass die Wundbehandlung in den Hintergrund tritt gegenüber dem Complexe anderweitiger Verhältnisse. Unmöglich kann dies der Fall sein, wenn die Zahl der beobachteten Fälle so gross ist, dass eine genügende Menge von Operirten oder Verletzten genau denselben Complex „anderweitiger Verhältnisse" aufweist. G. hätte von vornherein vermuthen können, dass für eine Zerlegung der Fälle in das eingehendste Detail das statistische Materiale noch immer zu gering sei. Trotzdem hat er den „Complex anderweitiger Verhältnisse", gewiss mit grossem Fleisse, auf das eingehendste berücksichtigt, und daher die Resultatlosigkeit seiner Arbeit — denn dadurch, dass G. nach dem von ihm verglichenen Materiale keinen Vorzug der einen Wundbehandlungsmethode vor der anderen oder dieser vor den früher üblichen entdecken konnte, ist keineswegs bewiesen, dass ein solcher Vorzug wirklich nicht existirt. Der Ref. meint, dass mit Beiseitesetzung aller anderen Verfahren ein nicht hoch genug anzuschlagender Vorzug der antiseptischen Methode nach dem bisherigen Beobachtungsmateriale noch gar nicht statistisch erwiesen werden kann; es ist dies die Sicherheit, mit der wir gewisse Körpertheile verwunden können, sei es selbst nur zu Zwecken der Diagnose, deren Verletzung unbedingt ohne die Cautelen des Lister'schen Verfahrens mit Lebensgefahr verbunden ist, wenn auch dann und wann solche Verletzungen unter jeder anderen Methode anstandslos heilen. Die Eröffnung eines grossen Gelenkes, einer Sehnenscheide, eines Senkungs-

Digitized by Google

abscesses der Wirbelsäule können unter jeder anderen Behandlungsmethode gut verlaufen, aber wir haben bei Berücksichtigung aller anderweitigen Verhältnisse gar keine Bürgschaft dafür, dass nicht trotz aller Vorsicht eine Vereiterung des Gelenkes, eine progressive Sehnenscheiden-Entzündung, eine Verjauchung der Abscesshöhle mit ihren Folgen eintreten. Führt man jedoch diese Eingriffe unter Spray aus, wendet man die antiseptische Methode genau an, dann fällt die Unsicherheit weg; wir wissen erfahrungsgemäss, dass weder eine Gelenks- noch eine Sehnenscheiden-Eiterung, noch eine Verjauchung der Abscesshöhle erfolgen wird, dass die unter Spray regelrecht gemachte Operation vollständig den Charakter einer subcutanen Verletzung hat und alle deren Vorzüge in Bezug auf die Prognose besitzt. Jeder Unbefangene wird zugeben, dass es früher eine Gewissenssache gewesen wäre, wegen eines Repositionshindernisses bei einer Luxation oder zur Constatirung eines freien Körpers ein Gelenk zu eröffnen — unter dem Schutze des Spray und der antiseptischen Behandlung unternimmt heute der Chirurg eine solche Operation mit Ruhe, weil er weiss, dass er den Kranken keiner Gefahr aussetzt. Man kann dagegen einwenden, alles dies hat früher auch stattgefunden und es waren nur unglückliche Zufälle, die einen üblen Ausgang bisweilen herbeiführten; wenn solche nicht eintraten, verliefen die Fälle ebensogut wie jetzt unter der antiseptischen Methode. — Allerdings, es waren unglückliche Zufälle; allein welche Sicherheit hat man, sie vermeiden zu können und welche Sicherheit, sie, wenn sie eingetreten sind, unschädlich zu machen? — Möge es auch noch Jahrzehnte dauern, bis das genügende Material angesammelt ist, um bei der Vergleichung mehrerer Wundbehandlungsmethoden einen Ausschlag zu geben, der Vorzug des Lister'schen Verfahrens, dass es eine Reihe von Verletzungen aller oder nahezu aller Gefahr entkleidet, kann schon jetzt als bewiesen angenommen werden, und es ist recht charakteristisch, dass für jene Operationen, bei welchen die antiseptische Wundbehandlung ihre grössten Triumphe feiert, die Vergleichsobjecte nahezu fehlen, weil solche Eingriffe wegen ihrer unberechenbaren Folgen bei anderen Behandlungsmethoden gar nicht unternommen wurden, oder die schlechten Resultate derselben verschwiegen blieben. Die wenigen Fälle, die mitgetheilt wurden, sind selbstverständlich solche mit gutem Ausgange; sie beweisen eben nur das, was oben gesagt wurde.

Winiwarter.

147. Die chirurgische Klinik im Julius-Hospitale zu Würzburg vom Februar 1875 bis Juli 1876. Ein Beitrag zur Wundbehandlungsfrage. Von Dr. Ottmar Angerer. Würzburg 1876.

In der Klinik des Professors von Linhart wurden während obigen Zeitraumes die Wunden am häufigsten nach dem Verfahren Lister's und in geringerer Zahl nach der früher durchwegs angewandten Methode Kern's behandelt; in einigen Fällen wurde von der offenen Wundbehand-

Digitized by Google

lung, dem einfachen Deckverbande und dem Watteverbande Guérin's Gebrauch gemacht.

Zu einem bestimmten Urtheile, welcher Methode der Vorzug eingeräumt werden müsse, konnte man nicht gelangen, da nicht blos vor Einführung des Lister'schen Verfahrens der Wundverlauf ein zufriedenstellender war, sondern auch unter dem Verbande Lister's, bei allen seinen bekannten Vorzügen, ausnahmsweise ebenfalls accidentelle Wunderkrankungen (Nosocomialgangrän in vier Fällen) zur Beobachtung kamen. Dagegen muss das gänzliche Fehlen von Erysipelen hervorgehoben werden, während das Vorkommen belegter Wunden, eines febrilen Wundverlaufes, und mitunter auch profuser Eiterungen auch bei Lister's Cautelen constatirt werden musste.

In Bezug der kürzeren Heilungsdauer, der Reactionslosigkeit der Wunde beim Verbande nach Lister konnte das Gleiche beobachtet werden, wie an jenen Kliniken, deren Vorstände für Lister ausschliesslich schwärmen.

Was den Verlauf bei complicirten Fracturen anbelangt, so waren unter acht Fällen fünf Heilungen zu verzeichen, drei schwer Verletzte starben.

	Zahl	Geheilt	Gestorben	Accidentelle Wunderkrankung
Amputationen	32	23	9	1 Pyämie
Exarticulationen (Schulter, Hand, Hüfte). . . .	8	7	1	
Resectio coxae	7	3	4	
Resectio genu	1	später Oberschenkel-Amputation		
Resectio manus	1	1	—	
Resectio cubiti	9	6	1	
		zwei später am Oberarm amputirt		
Resectio humeri. . . .	1	1	—	
Resectio in continuitate .	5	4	1	1 Nosocomial-gangrän

Die Wundbehandlung nach Kern besteht darin, dass jede Wunde 8—10 Stunden offen bleibt, damit auch kleinere Nachblutungen gestillt werden, bevor die Wundflächen mit Heftpflasterstreifen vereinigt werden. Ein Leinwandläppchen sowie die Ligaturfäden, welche an einem Wundwinkel herausgeleitet werden, dienen zur Drainage. Auf die Wunde kommt ein Ceratläppchen, dann eine dünne Compresse; im Anfange Anwendung einer Eisblase, später feuchte Wärme.

v. Linhart behielt diese Methode mit Ausnahme einiger, geringfügiger Abänderungen für gewisse Operationen in einigen Fällen bei.

Bei drei Operationen von Hydrocelen machte er den Schnitt nach Volkmann (aber ohne Lister) und erzielte in 3—4 Wochen Heilung.

Digitized by Google

Unter 5 Unterkieferresectionen trat viermal rasche Heilung, einmal metastatische Pyämie und Tod ein.

Vier Oberkieferresectionen heilten.

Unter 5 Herniotomirten genasen 5, 1 starb an Peritonitis.

Bei 21 Exstirpationen von Geschwülsten trat 21mal Heilung ein.

Eine Unterschenkel-Amputation, und eine Amputation nach Pirogoff verliefen günstig; bei ersterer leichtes Erysipel, das nach 3 Tagen schwand.

Die übrigen Wundbehandlungsmethoden wurden nur an einzelnen Fällen demonstrandi causa versucht. A. Wölfler.

148. Die chirurgische Klinik des Professor J. Kovács in Budapest in den Jahren 1871/2, 1872/3 und 1873/4. Von Dr. G. Antal und Dr. E. Béczey.

Aus diesem 183 Seiten starken Jahresberichte mögen folgende interessante Daten entnommen werden.

Während dieser drei Jahre wurden im Ganzen 682 chirurgische Kranke behandelt.

Die Mortalität betrug dabei 4·8 Percente.

Die Wundbehandlung beschränkte sich auf Vereinigung der frischen Wunden mittelst Heftpflasterstreifen, oder Bedeckung der offenen Wundflächen mit trockenen Charpiebauschen.

Reinigung mit 0·5percentiger Carbolsäurelösung, bei unreinen Wunden mit Chlorwasser und nachheriger Bedeckung mit Charpie, in 2percentigem Carbolöl getaucht.

Die Methode nach Lister wurde erst im letzten Jahre mit Erfolg versucht.

Es traten im Ganzen während der drei Jahre 21 Erysipele auf (1 †) 8, Pyohämien (6 †) und 4 Septihämien (3 †).

Von den 682 aufgenommenen Kranken waren

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben
im Ganzen	434	72	143	33
mit Entzündungen (178) . .	93	37	38	10
mit Verletzungen (53) . .	38	4	8	3
mit gutart. Geschwülsten (50) davon 40 operirt	29	4	13	4
mit bösart. Geschwülsten (176) davon 146 operirt	132	1	36	7
Verschiedene Affectionen (204)	129	22	44	9
mit Syphilis (21)	13	4	4	—

Es seien hier einige der bemerkenswerthesten Fälle angeführt:

1. Ein vom Nacken bis zum Kreuzbein herabreichendes, 58 Centimeter langes Lipom wurde entfernt; beträchtliche Blutung aus den

Digitized by Google

fingerdicken Venen. — Tod an Septihämie (?) wegen Vereiterung der Venenthromben.

3. Exstirpation einer Echinococcuscyste der weiblichen Brust. — Geheilt.

Von 6 Ovarialcysten wurde eine damit behaftete Kranke als ungeeignet für die Operation entlassen; bei den übrigen 5 Fällen wurde die Punction gemacht, und zwar viermal durch die Bauchdecken (2 gebessert, 1 ungeheilt, 1 †) und einmal von der Vagina aus (†).

4. Bei Carcinomen und Defecten im Gesichte wurden mehrere, gut gelungene plastische Operationen gemacht. — Am Augenwinkel bildet Kovács einen brückenartigen, zweistieligen Lappen; diesbezügliche, mit guten Abbildungen versehene Krankengeschichten machen die Art der Plastik deutlich.

5. Im Auftrage des königlich ungarischen Ministeriums wurden bei Krebskranken, sarkomatosen und syphilitischen Individuen 16mal Versuche mit der Condurangorinde ohne jeden Erfolg gemacht.

6. Bei 20 Harnröhrenstricturen wurde 13mal die Dilatation mittelst elastischer Bougie's und des Katheters angewendet und die Verengerung behoben, 2 Fälle durch die innere Urethrotomie geheilt, und 3 durch die äussere Urethrotomie.

7. 46 Fälle von Blasenstein; darunter 14mal der Seitensteinschnittt (12 geheilt, 2 gestorben).

28mal die Lithotripsie (25 geheilt, 3 gestorben) und 4mal die Patienten, als ungeeignet für einen Eingriff, vorläufig entlassen.

8. In 12 Fällen von Hydrocele wurde 11mal die Punction mit nachfolgender Jodinjection ausgeführt. Heilung.

Zwei Hypospadiei wurden durch plastische Operationen geheilt.

9. Zwei Fälle von Aneurisma-popliteum, einmal durch Degitalcompression Heilung; im anderen Falle Unterbindung der Art. cruralis — Gangrän, Amputation im oberen Drittel des Unterschenkels, langwierige Heilung.

10. Von seltenen Fällen sind erwähnenswerth:

a) Eine Fistel zwischen Urether und Dünndarm nach Enteritis. — Abgang von Fäcalmassen mit dem Harn; Pat. ungeheilt entlassen.

b) Harnfistel am Scrotum durch Vermittlung des l. Samenleiters; es ging ursprünglich eine acute Harnröhrenblenorrhoe voraus, der Vereiterung und Verkäsung des Hodens folgte; Entzündung längs der Samenleiter, Samenbläschen und Prostata und pars membranacea; Strictur an dieser letzteren Stelle einerseits, und Perforation anderseits in die Blase waren die nächsten Folgen. — Nun bildete sich hinter der Blase ein Harnreservoir, in das der zerstörte, offene Samenleiter eintauchte, der den Harn in die Abscesshöhle des Hodens und von da durch Fistelgänge nach aussen leitete.

Digitized by Google

11. Da die Verfasser es unterlassen haben, eine für statistische Vergleiche so wichtige Operationstabelle beizufügen, so müssen die einzelnen Operationen aus dem ganzen Materiale herausgesucht werden; es ergibt sich dann:

	Zahl	Körpergegend	Geheilt	Gestorben
Amputationen . . .	3	Oberarm	3	—
„ . . .	12	Unterschenkel	11	1
„ . . .	2	Vorderarm	2	—
„ . . .	7	Oberschenkel	7	—
„ . . .	3	nach Syme	2	1
„ . . .	1	„ Chopart	1	1
„ . . .	1	„ Pirogoff	1	—
Resection	2	Schultergelenk	2	mit beschränkter Beweglichkeit.

A. Wölfler.

149. Die Bäder, Quellen und Curorte Europa's. Von Dr. J. Hirschfeld, Badearzt in Ischl, und Dr. W. Pichler, Badearzt in Carlsbad. Zwei Bände. II. Band. Stuttgart. Verlag von F. Enke 1876.

Durch den vorliegenden zweiten Band ist das lexikographische Werk über die europäischen Curorte, dessen ersten Band wir vor Jahresfrist in diesen Blättern anzeigten, nun vollständig abgeschlossen. Wir können bezüglich dieses Bandes nur das früher abgegebene Urtheil wiederholen, dass die Verfasser bei Beschaffung des Materials vielen Fleiss und anerkennenswerthe Sorgfalt anwendeten, dass das Buch ein recht brauchbares Nachschlagewerk bildet, dass aber die Sichtung nicht strenge genug vorgenommen wurde und dass das Haupterforderniss, die Vollständigkeit, Manches zu wünschen übrig lässt. Wir wollen zur Erhärtung des letzteren Punktes nicht das lange Verzeichniss jener Quellennamen anführen, die wir in dem Buche vermissen, sondern wollen nur beispielsweise hervorheben, dass selbst von deutschen Bädern und Quellen unter Anderen folgende gänzlich verschwiegen sind: Laer in Hannover, Landolin in Baden, die bekannte Kaltwasserheilanstalt in Laubbach, Lengau in Tirol, klimatischer Curort Mildenstein in Sachsen, Mitterndorf in Steiermark, Mscheno in Böhmen, Wasserheilanstalt Mühlbad in Rheinpreussen, Wasserheilanstalt Verothal bei Wiesbaden, Ostseebäder Neuendorf und Neukuhren, Oberstdorf in Baiern, Pausa im sächs. Voigtlande; Poschiavo in der Schweiz, Rattenberg in Tirol, Reiboldsgrün in Sachsen, Kaltwasserheilanstalt Reinbeck bei Hamburg, Soultzmatt in Elsass, Suderode in Preussen, Tiefenbach in Baiern, Tömmsstein in Rheinpreussen, Töppliwode in Schlesien, Wörschach in Steiermark, Zell am See in Salzburg. Geradezu unbegreiflich ist es aber, wie in einem so grossen Werke über alle Bäder Europa's an das jüngst als klimatischer Curort in politischen und fachwissenschaftlichen Zeitschriften so oft genannte Lesina in Dalmatien, an

Digitized by Google

das bekannte Eisenbad Lobenstein im Fürstenthum Reuss, an das jedem Sommerfrischler geläufige Eisenbad Ruhla in Thüringen, an das Bad Veldes in Krain vergessen werden konnte. Die nächste Auflage wird wohl diese Unterlassungssünden gut machen. Kisch.

150. Zur Ernährung der Magenkranken. Eine diätetische Skizze. Von Dr. Paul Reich. Stuttgart. Ferdinand Enke, 1876.

Es ist schon so oft und eindringlich und von berufenster Seite darauf hingewiesen worden, dass das Heil von Magenkranken weniger in der Apotheke, als in der Küche zu suchen sei, dass die meisten heutigen Aerzte diesem Grundsatze huldigen. Da die Aerzte aber häufig und natürlicher Weise in der lateinischen Küche besser Bescheid wissen, als in der Küche des häuslichen Herdes, so bleibt es oft genug bei der Aufstellung des Theorems, der Kranke möge mehr auf seine Diät als auf Medicamente bedacht sein; sowie der Arzt aber näher auf diätetische Fragen eingehen soll oder der Kranke mit Querfragen aus der Kochkunst kommt, ist die Verlegenheit fertig und oft gross genug.

Dieser Verlegenheit haben schon mehrere Bücher von küchenkundigen Aerzten vorzubeugen gesucht und ihnen schliesst sich in dankenswerthester Weise die vorliegende, auf praktischer Erfahrung beruhende Skizze an, die wir auf das eindringlichste dem ärztlichen Publikum empfehlen.

Wir wollen wohl hier ein paar Bemerkungen aus Reich's Schriftchen im Auszuge mittheilen, verweisen aber im Uebrigen auf dieses selbst.

Reich empfiehlt u. a. für manche Magenkranke zum Frühstück leichten Kaffee, dem statt Milch ein rohes Ei zugesetzt ist, welches vorher tüchtig geschlagen und dann mit dem nicht mehr heissen Kaffee verrührt wird, worauf gewöhnlicher Zucker oder stark gehopfter Malzextract zugesetzt wird. Als Brod zum Kaffee überhaupt eignet sich am besten die Rinde von gut ausgebackenen Semmeln. Milchbrod und anderes mit Butter bereitetes Gebäcke ist zu vermeiden. Zum Mittagstische empfehlen sich Fleischbrühsuppen: Gries-, Reis-, Sago-, Paprika-, Brod-, Nudeln-, Erbsenpurée-, Gerstenschleimsuppe etc., die Hartenstein'sche Leguminose. Allen diesen Suppen kann etwas Fleischextract und ein rohes Ei zugesetzt werden. Ausser der Suppe gebratenes Fleisch mit etwas Citronensaft und wenig dünner, fettarmer Sauce (ohne Zwiebeln), Kalbsbraten, Kalbscotelette, Naturschnitzel, Beefsteak, (entfettetes) Hammelcotelette, Hühner-, Hasen-, Rehbraten; geräuchertes Ochsen-, nicht zu fettes Schweinefleisch; Austern. Beilagen zum Braten (nur einige Esslöffel voll): Kartoffelpurée mit Fleischbrühe zubereitet, weichgekochtes Kartoffelgemüse, dünne Purées von Erbsen, Linsen, Bohnen oder ein aus dem Mehl von Hülsenfrüchten bereiteter Brei, Spargelspitzen in Bouillon, gedünsteter Reis, Compot von Aepfeln, geschälten Zwetschen, Pflaumen, Prunellen (ohne stärkeren Zuckerzusatz), junge gelbe Rüben (weich gekocht); Spinat, Blumenkohl, alles je nach individuellem Geschmacke und Disposition. Zum

Digitized by Google

Nachtische empfiehlt sich etwas Compot (Aprikosen, Aepfel) mit geröstetem Biscuit oder Zuckerbrod. Als Getränk nach Tische empfiehlt sich: 1/8 bis 1/4 Liter reinen, alten Wein, mit einem einfachen Säuerling gemischt. Alle Getränke sollen langsam genommen, alle festen Speisen gut zerkaut werden und der K. soll aufhören zu essen, ehe er zum Gefühle voller Sättigung gekommen ist. Einige Stunden nach dem Mittagessen allenfalls eine Tasse Eiskaffee. Zum Abendessen (spätestens 7 Uhr) Suppe mit kaltem Braten oder magerer Schinken mit Weissbrodrinde; Pöckelfleisch oder geräucherte Zunge (ohne die häutigen, drüsigen Theile). Wurst ist durchaus schädlich. Als Getränke nach dem Essen wieder Wein wie zu Mittag oder ein Glas guten, nicht zu kalten Pilsener Bieres.

R. hat von der trockenen Diät bei Magenerweiterungen vortheilhafte Wirkungen gesehen. Ausschliesslicher Genuss von gebratenem und geräuchertem Fleisch, geröstetem Weissbrod und weichgekochten Eiern; mehrmals täglich ein paar Löffel alten Rothweines.

Mit einiger Verwunderung haben wir übrigens gesehen, dass R. die eben so alte als verkehrte Regel des „post coenam stabis aut mille passus meabis" (über welche sich Oppolzer nicht genug ereifern konnte), acceptirt hat. Bettelheim.

Medic. Klinik, allg. Pathologie, Pädiatrik, Psychiatrie.

151. Aus dem Bericht über Herzkrankheiten in Australien. Von E. Reeves. (Melbourne, 1873, Schmidt's Jahrbücher, 167).

I. Ein 45 Jahre alter Mann klagte über bedeutende Beschwerden beim Schlucken; in den letzten 3 Monaten gab er die Speisen, auch Flüssigkeiten jedesmal alsbald oder nach 3—6 Stunden halbverdaut wieder heraus. Später wurde die regurgitirende Flüssigkeit zuweilen blutig gefärbt (woraus man auf eine fungöse Neubildung schloss). Aussehen gesund, Druck und Athembeschwerden beim Gehen. Objectiv wurde nur Schleimrasseln längs der Bronchien, blutige Färbung des Bronchialschleimes und Zunahme der Beschwerden beim Aufheben eines schweren Gewichtes constatirt. Auf eine Sondirung des Oesophagus wurden die Schmerzen und die blutige Färbung des Ausgeworfenen vermehrt und 3 Tage darauf starb der Kranke. — Die Section zeigte an dem hinteren Theile des Aortabogens ein kleines Aneurysma, welches auf den Oesophagus gedrückt und sich in denselben geöffnet hatte. Die Trachea war an ihrer Bifurcationsstelle fest mit demselben verwachsen.

II. Ein 35 Jahre alter Ziegelbrenner klagte angeblich in Folge des Tragens schwerer Lasten auf der linken Schulter über bei Anstrengung zunehmende Schmerzen in der Gegend der linken Papille. Pat. war übrigens zweimal als „Simulant" aus dem Spitale geschickt worden. Bei der Untersuchung Reeves' sass der Kr. aufrecht im Bette, P. 90, in der l. Radialis schwächer. L. o. neben dem Sternum schwache Pulsation mit etwas Dämpfung und Fehlen der Respiration; über der l.

Digitized by Google

Carotis und Subclavia ein deutliches systol. Geräusch. Bei der Section (4 Monate darnach) fand man ein Aneurysma, welches sich von der r. Seite des Ursprunges der l. Carotis bis unterhalb der l. Subclavia erstreckte und sich in den l. Bronchus geöffnet hatte. Wirbelsäule erodirt, nirgends Atherom. Bettelheim.

152. Ueber die respiratorischen Aenderungen des Pulses und den Pulsus paradoxus. Von Franz Riegel. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. 1876.)

Mit Rücksicht auf diese Frage hat R. über 700 Pulscurven mit dem Marey'schen Sphygmographen aufgenommen. Die Beobachtungen haben ergeben, dass das inspiratorische Kleiner- und exspiratorische Grösserwerden des Pulses (Pulsus paradoxus Kussmaul) noch nicht berechtigen, auf eine schwielige Mediastino-Pericarditis (Griesinger, Kussmaul, Bäumler, Traube) zu schliessen, dass vielmehr dieses Phänomen, wenn auch nur bei tiefen und langsamen Athmungen, auch bei gesunden jugendlichen Individuen beobachtet werden kann. Die respiratorischen Differenzen lassen sich, insofern sie der einzelnen Pulscurve gelten (im Original sind 7 Curven angegeben), in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Bei gesunden jugendlichen Individuen (resp. Reconvalescenten) nimmt bei tiefen Inspirationen der Puls an Grösse ab, um mit der Exspiration wieder zuzunehmen (P. paradoxus).

2. Mit dem inspiratorischen Kleinerwerden des Pulses geht stets ein Deutlicherwerden und Tieferrücken der Rückstosswelle parallel; dagegen mit der Exspiration ein Kleinerwerden und Höherrücken derselben. Die Elasticitätselevationen nehmen mit der Exspiration meistens etwas an Deutlichkeit zu, und rückt insbesondere die erste etwas höher gegen den Curvengipfel hinauf.

3. Zugleich mit dem inspiratorischen Kleinerwerden nimmt die Raschheit der Pulse beträchtlich zu, mit der Exspiration dagegen wieder ab.

R. betont, dass diese Versuche eine ganz besondere Sorgfalt in der Ausführung erfordern, und hält es für wünschenswerth, in zukünftigen Fällen von Mediastino-Pericarditis darauf zu achten, ob die oben angegebenen drei Sätze nur bei tiefer oder auch bei oberflächlicher Athmung Geltung haben. Jellinek.

153. Beobachtungen über Lungenkrankheiten. Von Prof. C. Gerhardt in Würzburg. („Wiener med. Wochenschrift" 47, 1876.)

1. Otorrhoe, Sinusthrombose, während rechter Seitenlage Embolie in den linken Pulmonalarterienast, hämorrhagischer Infarct, Heilung.

Ein 25jähriger Mann hatte seit seinem 9. Lebensjahre einen linksseitigen Ohrenfluss und war schwerhörig. Seit 2 Jahren war der Ohrenfluss gewichen, bis er vor 4 Wochen wieder erschien. Am 19. Juli erkältete sich Patient. Am 21. Frost, Gliederschmerzen, Diarrhoen, am 23. Arbeitsunfähigkeit. Bei der Aufnahme

Digitized by Google

ist Pat. vollständig taumelig von Schwindel, Kopfschmerz, Antworten träge, Delirium, Incontinentia urinae. Verdichtung der rechten Lungenspitze, vom linken Warzenfortsatz bis zum Schlüsselbein stark geschwollene Lymphdrüsen, linker Gehörgang mit dickem, missfarbigem Eiter gefüllt, Trommelfell perforirt. Temp. Abends 40·5, Morgens 37·1 und schwankte in der nächsten Zeit zwischen 37·5 und 39·5. Puls 56—70 etwas unregelmässig.

Es wurde eine von Eiterung im Felsenbeine ausgehende Gehirnerkrankung angenommen, und zwar eine circumscripte Meningitis. Eisblase auf den Kopf, Ausspritzung des Ohres mit Carbollösung, Infusum Sennae. Besserung.

Am 6. August wurde die Ausspritzung des linken Ohres in rechter Seitenlage des Pat. vorgenommen. Gegen Ende der Procedur klagte der Kranke über plötzlich aufgetretene Schmerzen in der linken Seite, nach aussen von der Papillarlinie. Diese Schmerzen dauerten noch 2 Tage, am 2. traten im Sputum einzelne Blutklümpchen auf. An diesem Tage fand man in der linken Scapularlinie dem unteren Lungenrande entsprechend eine kleine Dämpfung. Die Blutspuren in den Sputis hielten am 9. an und es zeigte sich bereits eine 3 Finger breite Dämpfung in der linken Scapularlinie, daselbst pleuritisches Reiben, Knisterrasseln und unbestimmte Rasselgeräusche. Vom 11. besserten sich all' diese Verhältnisse. Am 16. hörte das Fieber auf, am 17. die blutigen Sputa, am 19. waren noch Spuren der Dämpfung vorhanden und am 22. wurde der Patient auf sein Verlangen entlassen.

Gerhardt fasst den Verlauf nun so auf: Im Verlaufe einer mehrjährigen eitrigen Affection des Mittelohres entwickelte sich eine diffuse Gehirnerkrankung, die als Hyperämie aufzufassen wäre, bedingt durch Sinusthrombose, was durch die nachfolgende Embolie der Pulmonalarterie sehr wahrscheinlich gemacht wird. Plötzlich nämlich, während der Pat. auf der rechten Seite liegend ausgespritzt wurde, entwickelt sich ein kleiner hämorrhagischer Infarct des linken Unterlappens. Diese Beobachtung scheint eine schon früher von G. ausgesprochene Vermuthung zu bestätigen, dass wenn Jemand auf einer Seite liegt, während eine Pulmonalembolie erfolgt, diese in den anderseitigen Pulmonalast ihren Weg nimmt. „Embolien aus den dem Felsenbeine nächstliegenden Sinus (petrosus infer. und transversus) scheinen nicht selten eine auffallende Abnahme der Hirnsymptome zur Folge zu haben und auch in der Richtung der Lungenerkrankung keine sehr grosse Gefahr mit sich zu bringen."

2. Lungenphthise, herzsystolisches Cavernengeräusch.

Ein 27jähriger Steinhauer kam mit den Erscheinungen fortgeschrittener Lungen-, Darm- und Kehlkopfphthise am 15. Februar 1876 in's Hospital. Percussion rechts ober der Clavicula kurz und leicht tympanitisch, zeigt in leichtem Grade Schallwechsel und wird im Liegen etwas höher als im Sitzen, Athmungsgeräusch schwach bronchial. Ueber und unter der l. Clavicula ist der Schall stärker tympanitisch mit deutlicherem Schallwechsel als rechts, im 2. Intercostalraume ist beides noch deutlicher und zugleich das Geräusch des gesprungenen Topfes. Im 3. Intercostalraume sind die Erscheinungen noch nachweisbar, aber schwächer, im 4. beginnt die Herzdämpfung. Im Liegen ist der tympanitische Schall und das Geräusch des gesprungenen Topfes beträchtlich lauter, als im Sitzen. Bei der Auscultation hört man zwischen der 1. und 4. linken Rippe lautes, hohes Bronchialathmen mit amphorischem Klange, zahlreiche hohe, klingende Rasselgeräusche und endlich ein lautes, blasendes herzsystolisches Geräusch von

Digitized by Google

hohem metallischen Klingen begleitet. Dieses Geräusch ist im 2. und 3. Intercostalraume gerade in der Mammillarlinie am stärksten zu hören. Das Herz ist normal, nur hört man das erwähnte blasende Geräusch an der Spitze und an der Pulmonalarterie leise fortgeleitet. Sehr deutlich ist das Geräusch vernehmbar, wenn man dem geöffneten Munde des Patienten das Ohr nähert. Auch in dieser Weise gehört, ist es von einem Klange begleitet, doch schwächer als bei der Auscultation am Thorax. Es kommt deutlich einen Moment später als der erste Herzton, schliesst sich an diesen unmittelbar an und kommt einen Moment früher als der Radialpuls, und wird mit der Exspiration stärker, als bei der Inspiration gehört. In den nächsten Tagen war das Geräusch doppeltheilig und zwar so, dass das erste der beiden Geräusche, in die es zerlegt schien, sich lauter und länger anhörte, als das zweite. Gerade zu dieser Zeit fand man den Radialpuls auffällig deutlich dicrot. Die Intensität des Geräusches wechselte später; war es an der Brust schwach zu hören, so war es am Munde nur bei der Exspiration vernehmbar. Am 10. März und den vorhergehenden Tagen fehlte das Geräusch zeitweilig ganz und kehrte dann wieder, aber weniger intensiv als früher. Seit dem 15. März erschien es nie wieder. Tod am 31. März.

Sectionsbefund: Rechte Lunge frei, voluminös, von zahlreichen kleinen gelben Knötchen durchsetzt, welche durch pneumonisches Gewebe verbunden sind und in Cavernenbildung überzugehen beginnen. Linke Lungenspitze eingesunken, grosse Caverne, enthaltend eine geringe Menge Flüssigkeit, untermischt mit gelben Bröckeln. Vom oberen Lappen ist nur noch ein kleiner Theil Lungengewebe an der Basis vorhanden, welcher gleichfalls cavernös durchsetzt ist. Im Hilus ist das Gewebe wie im Unterlappen luftleer, gelatinös infiltrirt, voll von peribronchitischen Herden. An der Basis des Unterlappens eine taubeneigrosse Caverne. Bei der Section wurde auf verengte oder erweiterte Pulmonalarterienäste geachtet, doch konnte eine auffällige Ungleichmässigkeit der Gefässlichtung nicht nachgewiesen werden.

G. nimmt an, dass das Geräusch in einem erweiterten Pulmonalaste in der Wand der grossen Caverne des linken Oberlappens entstand, der später thrombosirt und vielleicht auch durch die fortschreitende Vereiterung zerstört wurde. Auffällig erscheint die Seltenheit dieses Geräusches, während doch Aneurysmen von Pulmonalarterienästen in Cavernen ein alltäglicher Befund sind. Unter mehr als 600 Phthisikern sah G. diesen einzigen, welcher solche Erscheinungen darbot.

3. Carcinom der Brustdrüse, Lunge und Leber.

G. veröffentlicht hier einen Fall, der nicht nur darum interessant ist, weil die Diagnose im Leben sicher gemacht wurde, was nicht allzuoft vorkommt, sondern auch der Aetiologie halber, die in dem Falle auf die mögliche Contagiosität des Carcinoms hinweist.

Eine 45jährige Frau litt früher an Chlorose, bekam erst im 22. Jahre die Menses, die auch von da ab sich unregelmässig einstellten und überstand vor 10 Jahren acuten Gelenksrheumatismus. In den letzten 3 Jahren war sie im Dienste bei zwei bejahrten kranken Damen. Die eine derselben, die Mutter, litt seit 7 Jahren an einem in letzterer Zeit ulcerirenden Carcinoma mammae; die Tochter erkrankte vor circa 3 Jahren an einem Carcinoma ventriculi, dem sie im März 1874 erlag; Jänner 1875 starb dann die Mutter.

Die Krankheit der Dienerin nun begann im März 1874 mit Abmagerung, Appetitlosigkeit, Aufstossen. Anfangs 1875 traten hie und da stechende Schmerzen in der rechten Mamma ein, 2mal während der Menstruation Abgang einiger Tropfen Blutes aus der Warze, hierauf Bildung eines harten Knotens. Ende Jänner grosse Schwäche, Schwindelanfälle, Druck und Völle in der Magengegend, Empfind-

Digitized by Google

lichkeit gegen eng anliegende Kleidungsstücke. Seit 25. Februar Gefühl von Beengung auf der linken Brustseite, Husten, Kurzathmigkeit, zeitweise Nachts Orthopnoë. Eintritt in's Hospital 2. März 1875. Patientin ist gross, starkknochig, abgemagert. In der rechten Brustdrüse findet man einen harten höckrigen schmerzlosen Knoten von 3—4 Ctm. Durchmesser. Auscultation des Herzens ergibt die Symptome einer mässig starken Mitralinsufficienz. Die rechte Lunge, sowie der obere Theil der linken erscheinen gesund; im hinteren unteren Theile der verengten linken Seite, nach oben bis zum Schulterblattwinkel, nach aussen bis zur Achsellinie ist der Schall stark gedämpft, das Athmen scharf bronchial, die Stimmvibrationen sind gleich stark, wie auf der rechten Seite. Die Kranke hustet dunkelbraune Klumpen aus, manchmal glasige Massen mit einzelnen Blutpunkten. Diese Sputa bestehen aus rothen Blutzellen, Schleimkörperchen, verschieden grossen Epithelien zum Theil einzeln, zum Theil in Längsreihen, Bindegewebe und elastischen Fasern. Unterleib weich, Leber vergrössert, in der rechten Mammillarlinie bis zur Höhe der Spina ant. sup., in der Medianlinie bis 2 Finger breit unterhalb des Nabels zu palpiren. Auch der linke Lappen ist vergrössert. Die Leber allseitig hart, meist zugleich rauh, am linken Lappen wird in den nächsten Tagen ein höckriger Tumor deutlich. Während des 3monatlichen Spitalsaufenthaltes wuchsen die Tumoren, Pat. nahm stetig ab, die Brusterscheinungen blieben constant. Einige Monate später starb die Kranke auswärts.

Hermann Hertzka.

154. Die intermittirende, nächtliche Haemoptoe der Phthisiker.

Von Pr. C. Gerhardt. (Deutsche Ztsch. f. prakt. Medic. 1874, 43.)

Bei einigermassen häufigen, z. B. 3stündlichen Messungen kann man sich nach G. in den meisten Fällen von Lungenphthise von dem Vorherrschen eines intermittirenden oder sehr stark remittirenden Fieberverlaufes überzeugen, wobei bei sehr erschöpften Kranken gegen Ende die Morgentemperaturen tief subnormal bis zu 36° fallen und nicht selten an einzelnen Tagen ein Typus inversus mit höheren Morgen-, tieferen Abendtemperaturen vorkommt. G. hat diese höheren Morgentemperaturen besonders nach schlaflosen Nächten beobachtet. Die meisten Fälle haben ihre eigentliche Entfieberungszeit zwischen Mitternacht und Morgen liegen.

Der tägliche Frost vieler Phthisiker entspricht einer Periode rascheren Ansteigens ihrer Körperwärme, der nächtliche Schweiss dem Entfieberungsvorgange. Beim Uebergange aus dem fieberlosen in den Fieberzustand wird erst im Froste durch Arteriencontraction die Wärmeabgabe zan der Oberfläche vermindert, durch Muskelcontractionen die Wärmeproduction vermehrt, im Hitzestadium sinkt der Blutdruck, erschlaffen und erweitern sich die Arterien, vermindern sich die Secretionen und findet eine Wasserretention bis zu nachweisbarer Gewichtszunahme des Körpers statt. In der Entfieberungsperiode steigt der Blutdruck, die Arterien verengern sich, die überschüssige Wassermenge wird ausgeschieden (profuse Schweisse).

Nun können bei Phthisikern schadhafte Stellen ihres Pulmonalgefässsystems dem febril verminderten Blutdrucke eben noch, der Druckzunahme in der Entfieberungsperiode aber nicht mehr Widerstand leisten.

Digitized by Google

Solche Blutungen sind durch ihre ziemlich regelmässige Wiederkehr gerade zur Zeit der Entfieberung ausgezeichnet (nächtliche, intermittirende Blutungen). Grosse (Gramm-) Dosen Chinin Morgens erwiesen sich G. in solchen Fällen durch Beeinflussung des Fieberganges und Verminderung der Drucksteigerung des Nachts nützlich.

Noch manche andere zur Zeit von Entfieberungsvorgängen, z. B. nach Pneumonien auftretende Blutungen dürften von ähnlichen Gesichtspunkten aus aufzufassen sein, und wenn bei diesen die die Krise begleitenden Ausscheidungen nicht in Gang kommen wollen, könnte nach G. wohl eine Blutentziehung in Frage kommen. Bettelheim.

155. Ueber die Veränderungen am Circulationsapparate bei Bleikolik. Von Dr. A. Frank (Abtheilung des Dr. Riegel) in Köln (Dtsch. Arch. f. kl. Medic. XVI).

Der Puls bei der Bleikolik zeigt nach Fr.'s Erfahrungen gewisse constante und charakteristische Eigenthümlichkeiten, nämlich einen sehr langsamen Abfall (namentlich des Endstückes) der Descensionslinie, sehr starke Elasticitätselevationen, relativ kleine Rückstosselevationen, Näherrücken der secundären Ascension an den Scheitel der Curve, (in exquisiten Fällen) eine zweizackige Gipfelkuppe.

Alle diese an den Pulscurven sichtlich gemachten Pulsveränderungen sind in den kolikfreien Intervallen auch, aber minder ausgesprochen vorhanden, und sie erklären sich am besten aus einem durch Nervenalteration bedingten erhöhten Gefässtonus, einer erhöhten Spannung der Gefässwand; dadurch erleidet die Arteriencontraction eine bedeutende Verlangsamung und erfolgt gewissermassen in einzelnen Absätzen.

Brachte Fr. — auf Vorschlag Riegel's — die Kolikschmerzen durch Amylnitriteinathmungen (deren die Bauchgefässe erschlaffende und erweiternde Wirkung Fr. am Kaninchen experimentell nachwies) zum Schwinden, so wurde die Pulsspannung in demselben Momente und für die Dauer der Amylnitritwirkung vermindert. Morphin brachte wohl die Schmerzanfälle, nicht aber die abnormen Pulserscheinungen zum Schwinden, da eben Morphin wohl schmerzstillend, aber nicht wie Amylnitrit auf die (bei der Bleikolik contrahirten) Bauchgefässe erweiternd einwirkt.

Bettelheim.

156. Ueber einen bisher noch nicht beobachteten Verlauf einer peripheren (traumatischen) Ulnarislähmung. Von Dr. M. Bernhardt (Berlin), Deutsches Archiv für klin. Medicin, Bd. XVII. 2. und 3. Heft 1876.

Es ist nicht unbekannt, dass während der ersten Krankheitstage einer später sich durch ihren Verlauf als durchaus schwer documentirenden peripheren Lähmung von einigen Beobachtern (so von Erb) eine für wenige Tage bestehende Erhöhung der Erregbarkeit der

Digitized by Google

lädirten Nerven beobachtet worden ist. Viel seltener ist man im Stande, eine derartige Erhöhung auch noch nach längeren Intervallen zu constatiren. Ueber einen solchen Fall berichtet B. in der vorliegenden „kleineren Mittheilung", und fand er im gegebenen Falle noch nach einem halben Jahre eine deutlich erhöhte Nervenerregbarkeit im betroffenen (Ulnaris-) Nervengebiete bei directer Reizung mit dem constanten Strome, ohne dass indess eine qualitative Aenderung der Zuckungsformel eingetreten, ohne dass „Entartungsreaction" zu constatiren gewesen wäre. Stets überwog die Ka Sz die ASz, nie wurde Ka Oz notirt.

Am 25. November 1872 wurde ein 42jähriger Arbeiter durch einen Messerstich in die l. fossa supraclav. verletzt. Nach etwa $^1/_4$ Jahr (Februar 1873), wo Patient zut Aufnahme gelangte, sah man daselbst eine dem Schlüsselbeine nahezu parallel verlaufende, $1^1/_2$ Cm. lange, 1—2 Mm. breite Narbe. In der äusseren Configuration der linken Oberextremität kein besonderer Unterschied wahrnehmbar (keine Atrophie); Bewegungen im Schulter-, Ellbogen- und Handgelenke ausführbar, doch schwächer und leichter unterdrückbar wie rechts. Spatia interossea linkerseits deutlich eingesunken, ebenso der linke Daumenballen schwächer und flacher wie der rechte. Der 5. und 4. Finger in Krallenstellung, beide von einander, der 4. auch vom 3. abducirt. Beim Schluss der Hand zur Faust namentlich der Zeigefinger zurückbleibend, wiewol auch die Nagelglieder der übrigen Finger die Vola nicht ganz erreichten. Bei passiv gestreckten Basalphalangen kamen Beugung und Streckung der Mittel- und Nagelphalangen nur unvollkommen und namentlich schlecht am Zeigefinger zu Stande. Sensibilität an beiden Schultern und Oberarmen intact, an der Ulnarseite des linken Vorderarmes wurden Nadelstiche mit Berührung verwechselt, Kälte und Nässe nicht präcise empfunden.

Es musste sohin auf eine Verletzung des plex. brach. aus diesem Befunde geschlossen werden. Bei der elektrischen Untersuchung fand man den bereits oben mitgetheilten Befund und werden die Ergebnisse derselben in der Mittheilung detaillirt wiedergegeben.

„Die Erhöhung der directen (galvanischen) Erregbarkeit" des betroffenen Muskelgebietes des Nv. ulnaris „war durchaus nicht eine so grosse, dass man die durch Reizung des linken Nv. ulnaris am Oberarm erzielten Reactionen von Stromschleifen hätte abhängig machen können, welche etwa andere in ihrer Erregbarkeit gesteigerte Muskeln getroffen hätten." Verfasser hat diese Möglichkeit der Täuschung gleich von Anfang her in's Auge gefasst, doch musste selbe zurückgewiesen werden, da die directe galvanische Erregbarkeit der Flexorenmusculatur an der Ulnarseite des Vorderarmes in der späteren Zeit eine so geringe war, dass „abgesehen von dem trägeren Verlauf der Zuckungen und ihrem Eintritt bei einer um 1 der 2 (Leclanché-) Elemente verminderten Stromstärke, von einer Abweichung oder abnormen Erhöhung gegen die gesunde Seite nicht die Rede sein konnte."

B. konnte in der einschlägigen Literatur nur in dem Falle Filehne's (Berl. kl. Wochschrft. 1869. Nr. 30) eine gewisse Analogie finden. Es handelte sich daselbst um einen Fall von Facialisparalyse bei einem acht-

Digitized by Google

jährigen Mädchen, die F. vom 7. Tage an verfolgen konnte. „Während die Erregbarkeit der übrigen Facialiszweige bereits vollständig erloschen war, waren diejenigen Zweige, welche zum Risorius und zum Depressor anguli oris gehen, zwar paralysirt, aber gegen Inductionsschläge und constanten Strom noch erregbar. Ihre Erregbarkeit gegen den constanten Strom nahm im Laufe der Zeit (ungefähr drei Wochen) bis heute zu, wo sie die der gesunden Seite erheblich übertrifft." Drozda.

157. Zwangsbewegung nach rückwärts bei einem median gelegenen Ponstuberkel. Von Dr. Franz Penzoldt in Erlangen. (Berliner klin. Wochschrft. 38, 1876.)

Ein 48jähriger Strumpfwirker, der in früheren Jahren an mehrfachen Brustkrankheiten nicht genauer zu eruirenden Charakters litt, erkrankte im Mai 1875 mit stärkerem Husten, Auswurf, Schmerz auf beiden Seiten der Brust, und wurde allmälig kurzathmig, matter und magerer. Sonstige Beschwerden, insbesondere solche von Seiten des Kopfes fehlten. Bei seiner Aufnahme Ende December 1875 wurde eine alte rechtsseitige Pleuritis mit Schwartenbildung, ferner ein linksseitiger mässiger Hydrothorax und eine geringe Lebervergrösserung diagnosticirt; wegen geringer Schallerhöhung und Rauhigkeit des Vesiculärathmens wurde eine spurenhafte chronische Pneumonie der rechten Lungenspitze als wahrscheinlich angenommen. Zu letzterer Annahme stimmte auch ein leichtes allabendliches Fieber. So verhielt sich das Krankheitsbild circa 5 Wochen. Abgesehen von einem sehr intensiven Foetor ex ore keine krankhafte Erscheinung anderer Organe, namentlich des Nervensystems.

In der Nacht vom 1. auf den 2. Februar wurde Patient unruhig, schwatzte viel, und machte greifende Bewegungen in der Luft. Einzelne Gesichtsmuskeln zucken. Bewusstsein normal. Auffallende Enge und geringe Reactionsfähigkeit beider Pupillen, eine eben angedeutete linke Facialisparese. Im Ganzen das Bild eines Delirium alcoholicum, was auch als wahrscheinlich angenommen wurde. Ordination: Eisblase, Branntwein, Chloral. Am 3. war Patient mehr bewusstlos, jedoch macht derselbe auch noch zweckmässige Bewegungen mit allen Extremitäten. Zeitweilig Brechbewegungen. Urin geht ins Bett, sonst keine Veränderung. Ordination: Calomel. Am 4. lag der Kranke viel ruhiger im Halbschlafe, konnte leichter geweckt werden, bewegt die Extremitäten normal, Sprache schwerverständlich, Antworten ziemlich verständig. Im Schlafe zuckende Bewegungen von Hals- und Extremitätenmuskeln, sowie Zuckungen der ganzen Schultern. Stehen konnte Patient nicht, ohne bedeutend zu schwanken. „Forderte man ihn auf — und er verstand die Aufforderung entschieden — z. B. nach seinem vor ihm stehenden Bette zu gehen, so streckte er die Hände nach demselben aus, und bedeutete dadurch sowohl, als durch seinen Gesichtsausdruck ganz deutlich das Bestreben, den bezeichneten Gegenstand zu erreichen. Statt aber sich ihm zu nähern, entfernte er sich vielmehr in gerader Richtung, wie ein Krebs rückwärts gehend, immer mehr von demselben, und zwar gewährte es durchaus nicht den Eindruck als ob Patient rücklings falle, sondern derselbe machte deutliche Schritte nach rückwärts." Diese Erscheinung wurde mehrmals constatirt und in der Klinik demonstrirt. Am Abend desselben Tages vollkommene Bewusstlosigkeit, Patient schluckt nicht mehr. Augenlider unvollkommen geschlossen, besonders links, beide Bulbi zeigten eine Abweichung nach rechts, die sehr engen Pupillen reagiren schwach auf Lichtreiz. Sonst keine Abnormität von Seiten der

Digitized by Google

Hirnnerven. Vorübergehend Röthe des Gesichtes, Zuckungen andauernd. Später Abends trat Cheyne-Stokes'scher Respirationstypus auf, dessen dispnoëtisches Stadium jedesmal durch stärkere Zuckungen und heftige combinirte Bewegungen der Extremitäten eingeleitet wurde. Die rechte Körperhälfte bewegte sich etwas weniger, und in der Nacht soll dieselbe nach Aussage der Umgebung ganz gelähmt erschienen sein. Um 4 Uhr Morgens starb der Kranke.

Dies die positiven Erscheinungen; von den negativen erwähnt P. noch das Aufhören des Fiebers mit Eintritt der Hirnerscheinungen, Fehlen jeder auffallenden Veränderung der Puls- und Respirationsfrequenz, sowie der Urinsecretion, Mangel jeder Nackenstarre, jeder Empfindlichkeit der Wirbelsäule, der Einziehung des Abdomens, jeder Contractur und die Abwesenheit aller auf Kopfschmerz deutenden nervösen Symptome.

Eine sichere Diagnose war unmöglich. Dennoch wurde eine Hirnerkrankung auf Grund der Rumpfschwankungen, der Zwangsbewegung, des Erbrechens, der abnormen Bulbusstellung etc. als wahrscheinlich angenommen. In Folge des Befundes während der Erkrankung wurde Basilarmeningitis nicht für plausibel gehalten, auch war Tuberculose nicht nachzuweisen; ebenso wie die Anwesenheit grösserer solitärer Tuberkel an jenem Orte wegen des fast plötzlichen Beginnes der Hirnstörung nicht wahrscheinlich schien. Am meisten neigte man sich der Möglichkeit eines Blutergusses hin.

Die Section ergab: Chronische Pachymeningitis links, Meningealtuberculose, alte encephalitische Herde des linken Stirn- und Schläfenlappens, linsengrosser Tuberkel in der weissen Substanz des rechten Occipitallapens, frischer, grauer, erbsengrosser Tuberkel des Pons, Caries des 7. und 8. Brustwirbels und der entsprechenden Rippenköpfchen, einzelne Tuberkel der Dura spinalis und der weichen Rückenmarkshäute; Schwielen beider Lungenspitzen, Tuberculose der Lungen, eitrige Bronchitis, Fremdkörper im Hauptbronchus des rechten Oberlappens, Residuen besonders rechtsseitiger Pleuritis; Obsolescenz des Herzbeutels, und Tuberkel des Pericards, Tuberkel der Leber, Milz, Nieren, tuberculöse Geschwüre des Dickdarmes!!

Für die eigenthümliche Zwangsbewegung nach rückwärts nimmt B. den Tuberkel am Pons als Ursache an. Bei Läsionen des Kleinhirns wurden die Zwangsbewegungen nach rückwärts sowohl am Menschen, als auch an Thieren mehrfach beobachtet. „Es wäre nun nicht unmöglich, dass der etwas nach hinten mediangelegene Tuberkel die aus dem Kleinhirn in die Brücke eintretenden Fasern getroffen hätte." Der anatomische Nachweis wurde von vorneherein verabsäumt, und später war er an dem zerschnittenen Präparate nicht mehr zu führen.

Hermann Hertzka.

158. Ueber Chorea electrica. Von Dr. Stefanini in Pavia. (Ann. univers. März 1875, Schmidt's Jahrb. 167, Refer. von Theile.)

Ein seit ein paar Monaten verheirateter 25jähr. Bauer bekam, auf dem Felde arbeitend, auf einmal ein Gefühl von Schwere im linken Arm und Schulter, nach 1/4 Stunde auch Zittern und Convulsionen daselbst, wobei die Schulter gegen den Kopf gehoben wurde. Nach 5—6 Tage langer Dauer dieser Convulsionen fiel Pat. bewusstlos zu Boden, um, wieder zu sich gebracht, noch stärkere Convulsionen zu zeigen. Bei der Aufnahme (27. März 1874) fand man klonische Contractionen im Bereiche des l. Accessorius (Trapezius, Sternocleidomast.), weniger starke Zuckungen im l. Arme. Hals nach l. geneigt und l. Schulter rhythmisch nach oben und vorne gehoben, leichter Kopfschmerz, geringes Nachlassen der Contractionen im Schlafe, Harn sauer, geringes spec. Gewicht (1016). Unter Gebrauch von Bromkali (bis zu 6 Gramm pro die) anfängliche Besserung

Digitized by Google

der Krämpfe, wornach auch die Flexoren des Vorderarmes und (17. Mai) die linken inneren Schenkel- und Wadenmuskeln an den Krämpfen theilnahmen, dagegen wurde der l. Arm gelähmt. Auch „das Zwerchfell", rechter Vorderarm, die Zunge und endlich die l. Gesichtshälfte sollen von den klonischen Krämpfen befallen worden sein. Dabei Kopfschmerz und Schwindel. 31. Mai P. 99, T. 39, verengte Pupillen; 1. Juni heftiger Schweiss, Nachts Delirien, Temp. 40, am 2. Juni 41, Harn alkalisch, 1032, 4. Juni T. 41·8, 10 Uhr Abends 44, 1 Stunde vor dem Tode. — Die Section zeigte starke Injection der ganzen pia mater spinalis, Venen an der cauda equina sehr geschwellt. Rückenmark in der Nähe der Halsanschwellung 2 Ctmr. lang erweicht, weisslich-gelblich und dabei hyperämisch. Auf Durchschnitten sah St., dass diese Erweichung in der grauen Substanz anfing und sich von da in die Marksubstanz ausbreitete. Die Nervenröhren des Rückenmarkes erschienen granulirt, die Ganglienzellen zeigten dunkleres Protoplasma.

Die Myelitis war also zuerst in einer beschränkten Partie der pars cervicalis aufgetreten, hatte Reizung des Accessorius bewirkt, dann auf alle Halsnerven übergegangen und erreichte zuletzt auch die Lendennerven. Sowohl die hohe Temperatur (44°) als auch die Beschaffenheit des Harns (reich an Harnstoff und phosphorsaurem Kalk) passten für die Diagnose der Myelitis. Die Erscheinungen waren die einer reinen Chorea, weil die Medulla oblongata und das Gehirn frei blieben. St. beschuldigt die Malaria als Ursache dieser eigenthümlichen Krankheitsform, von der auch ein zweiter Fall mitgetheilt wird. Bettelheim.

159. Hydatidencyste der Leber; Fistula broncho-hepatica mit galliger Expectoration; Abscess der Leber, Hydatiden entleerend. Heilung. Von P. Berdinel. (Gaz. Lbdm. 13. Oct. 1876.)

Die 28jährige E. D. wurde 1874 zweimal wegen einer Hydatidencyste der Leber punctirt, sie befand sich später ganz wohl, bis Mitte Juni 1875; da bekam sie Schmerzen in der Magengrube, wiederholtes Erbrechen, und am 19. August wurde sie durch starken Husten aufgeweckt, worauf sie bald eine grosse Menge einer sehr bittern, gelbgrünlichen Flüssigkeit ausgeworfen. Bei der Untersuchung fand man die Leber stark vergrössert; der obere Rand reichte bis zur queren Mammillarlinie, der untere Rand überschritt um zwei Querfinger den Rand der falschen Rippen, die Oberfläche derselben glatt; die Ascultation zeigte nichts; in dem Auswurf wurden mittelst der Pettenkoffer'schen Probe Gallensäuren nachgewiesen; auch Spuren von Cholesterin wurden gefunden. Später kam noch leichte icsterische Färbung, wobei die Stühle normal gefärbt waren. Der Auswurf galliger Sputa in grösserer und geringerer Menge dauerte fort; am 15. October bemerkte man einen rundlichen, etwa orangegrossen Tumor, welcher mit der Leber zusammenhing, und Fluctuation zeigte; aus demselben entleerte sich eine ziemliche Menge grünlichen Eiters, worin kleine weissliche Körperchen von der Grösse eines Stecknadelkopfes schwammen. Die Entleerung des Eiters durch die Oeffnung und der Galle durch die Lungen nahm nach und nach ab; die Kranke, welche bedeutend abgemagert war, erholte sich, und wurde, nachdem die Oeffnung am 18. April geschlossen war, am 7. Mai 1876 vollständig geheilt entlassen.

Heitler.

(Schluss dieser Rubrik im nächsten Hefte.)

Digitized by Google

Kleine Mittheilungen.

160. Abortive Behandlung des Keuchhustens. Von Dr. Sawarowsky. (St. Petersburger med. W. 29. 1876.)

Dr. Sawarowsky lässt von einem Gemische von einigen Tropfen Amylnitrit in 1 Dr. Chloroform täglich mehrere Male einathmen und 3 Tage lang 2 stündlich $^1/_{12}$ Gr. Argent. cyanat. und 3 Gr. Argillae purae nehmen. Heisse Speisen und Getränke müssen vermieden werden.

Nach einigen Tagen hören die Krampfanfälle auf.

161. Ueber ein Mittel den Keuchhusten zu coupiren. Von Dr. Lasinsky. (Deutsche med. W. 2. 1877.)

Dr. Lasinsky coupirt den Keuchhusten mit Einblasungen in den Kehlkopf. Das Pulver, das er dazu benützt und von dem er 2mal täglich einbläst: Chinin mur. 1·0, Acid. salicyl. 2·0, Sach. alb. Bic. Sodae aa 0·5.

Spätestens nach 8 Tagen sind die Anfälle qualitativ und quantitativ geringer geworden.

In 25 so behandelten Fällen war der Keuchhusten nach 8—25 Tagen coupirt. Eisenschitz.

162. Ein Specificum gegen Speichelfluss. (The Brit. med. Journ. 831.)

Jukes Stynap empfiehlt als ein ausgezeichnetes Mittel gegen mercuriellen Speichelfluss, welches sich ihm in einer 25jährigen Praxis bewährt hat, den Schwefel, welcher in kleinen und häufigen Dosen so lange gegeben werden soll, bis Diarrhoe eintritt; gut ist es, da es darauf ankömmt, dass der Schwefel nicht nur den Darm passire, Opium oder Morphin zuzusetzen.

Die Formel, nach welcher er den Schwefel verschreibt, lautet: Sulf. präcip. 1·5—3·0, Kali chloric. 3·0—4·0, Morph. mur. 0·1, Emuls. amygdal. 280·0. S. Schüttelmixtur, alle 3—4 Stunden ein Esslöffelvoll zu nehmen. (Wr. med. Wochenschr.)

163. Ein neuer Inhalations- und Zerstäubungsapparat für medicinische und chirurgische Zwecke. Von Dr. Stein. [Frankfurt a. M.] (Deutsche medic. Wochenschrift 1876.)

Stein beschreibt eine von der Firma Gebr. Weil in Frankfurt a. M. construirte Modification dss Siegle'schen Zerstäubers, deren Eigenthümlichkeit wesentlich darin besteht, dass das Zerstäubungsgläschen mit dem Zerstäubungsröhrchen von dem Dampfkessel getrennt und mit ihm nur durch einen mehrere Fuss langen umsponnenen Gummischlauch communicirt. Der Vortheil dieser Veränderung besteht darin, dass der Dampfkessel an einem beliebigen Orte unabhängig vom Patienten stehen und dass demnach der Apparat auch bei bettlägerigen Kranken leicht verwendet werden kann. Auch bei der Benützung als Carbolspray bei Operationen dürfte diese Modification Vortheile bieten. Der Apparat kostet bei der obengenannten Firma 8 Reichsmark. Heymann.

164. Zur Pathologie der Chorea. Von H. Dickinson. (Lancet, 1875. Centralblatt, 1876. Referat von Bernhardt.)

D. theilt das Resultat von 7 Sectionen mit, die er von an Chorea Verstorbenen erhielt. Hirn und Rückenmark zeigten starke, arterielle und venöse Hyperämie, am meisten — stets beiderseitig an symmetrischen Stellen — in den corp. striat.; auch kleine Hämorrhagien in der unmittelbaren Umgebung der Gefässe, mit Zerstörung der Hirnsubstanz, im Mark, in den Hinter- und Seitenpartien der grauen

Digitized by Google

Substanz fanden sich. Nicht immer war Endocarditis vorausgegangen, es handelte sich also nicht um embolische, sondern um rein hyperämische Processe. D. hält es auch für möglich, dass die Endocarditis oft nur eine Folge der unregelmässigen Herzbewegungen der Choreakranken sei. Bettelheim.

165. Zur Therapie der Otorrhoe. Von Dr. Paulson in Altona. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc.)

Für nicht durch Caries bedingte Otorrhoen empfiehlt P. Reinigung des Ohres mit Watte (anstatt des Ausspritzens) und darnach Einbringung eines mit Acid. carbol. 10 auf 100 ol. olivar. getränkten Wattepfropfes. Ein weniger befeuchteter Tampon bleibt bis zum nächsten Tage liegen, wo dasselbe Verfahren wiederholt wird. Redaction.

166. Ueber die Magenschleimhaut neugeborner Säugethiere. Von Dr. G. Wolffhügel in München. (Zeitschr. f. Biologie XII. 217.)

Die Magenschleimhaut neugeborner Kaninchen und Hunde wurde in Bezug auf ihre Verdauungskraft untersucht, wobei sich herausstellte, dass die Säurebildung dem Auftreten des Pepsins, welches sich erst einige Tage nach der Geburt entwickelt, vorangeht. Allerdings konnte die Natur der Säure, welche vielleicht Milchsäure war, nicht festgestellt werden. Verf. legt mit Rücksicht auf den Gegensatz, in welchem er sich zu früheren Autoren befindet, Werth darauf, dass zu den Verdauungsproben nicht rohes, sondern gekochtes Fibrin verwendet werde. — Die mikroskopische Betrachtung der im Alkohol (anfangs 40%, hernach allmälig zu 96% steigend) gehärteten Magenschleimhaut des jungen Hundes führte zu dem Schluss, dass dieselbe durch die Belegzellen gar keine oder geringe Vorwölbungen ihrer propria erleidet, so lange die Pepsinbildung noch sehr gering ist. Lassar.

Auszüge aus grösseren medicinischen Werken.

167. Krankheiten der peripheren cerebrospinalen Nerven. Von Prof. W. Erb. (12. Band des Handb. der speciell. Pathol. und Therap., herausgegeben von Prof. Ziemssen. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel, 1874. Siehe „Rundschau" 1877, Nr. 119.)

Von subjectiven Beschwerden kommt am häufigsten das Gefühl von „Taubsein", „Pelzigsein" vor — an den Fingern so, als ob dieselben in Handschuhen steckten, an den Füssen so, als ob die Kranken auf Wolle, Teppich etc. gingen. In höheren Graden kommt es den Kranken vor, als fehlten ihnen die Glieder, als gingen sie in die Luft. Sie brauchen bei den Bewegungen das Auge mit, ohne dies fällt ihnen z. B. die Feder aus der Hand. Die Kranken haben in den anästhetischen Theilen meist das Gefühl der Schwere. — Sehr gewöhnlich sind ferner die Klagen der Kranken über Kriebeln (Formication), was aber auch ganz selbstständig vorkommen kann und also nicht der Anästhesie als solcher, sondern den Begleiterscheinungen angehört und auf Betheiligung anderer Nervenbahnen an den krankhaften Vorgängen und auf dem Wegfall der physiologischen Functionen der befallenen Nerven beruht. — Diese im Gebiete der sensiblen Nerven nicht immer streng in den anästhetischen Bezirken localisirt vorkommenden Parästhesien dürften zumeist auf Erregungszuständen der leitenden

Digitized by Google

Bahnen beruhen. Fernere sensible Begleiterscheinungen sind Schmerzen, welche durch Reizungszustände herbeigeführt werden, die an dem central von der Leitungshemmung gelegenen Theile der Faserung vorhanden, nach dem Gesetze der excentrischen Projection an die Peripherie verlegt werden. — Bei der Anaesthesia dolorosa verursachen diese Reizungszustände in Theilen Schmerzen, welchen durch kein Reizmittel eine Schmerz- oder auch nur Berührungsempfindung entlockt werden kann. — Bei eigentlich centralen Anästhesien können solche excentrische Schmerzen nicht vorkommen, weil die empfindenden Endapparate selbst unerregbar geworden sind. — Begleitende Störungen der Sinnesempfindungen kommen zuweilen, u. z. besonders bei central bedingten Anästhesien oder bei Läsionen solcher Nerven vor, in deren Bahnen Sinnesnerven verlaufen (Lingualis). — Sehr häufig ist Lähmung mit der Anästhesie vergesellschaftet. Bei spinaler Erkrankung findet sich Paraplegie oder Ataxie, bei cerebraler Erkrankung motorische Hemiplegie neben der Anästhesie; seltener kommen begleitende Krämpfe vor, abgesehen von Muskelspannungen, fibrillären Contracturen etc. (vorwiegend) bei spinalen und centralen und bei peripheren Anästhesien gemischter Nerven. — Motorische Reflexe sind bei peripheren Anästhesien aufgehoben, bei spinalen hängt ihr Vorkommen oder Wegfallen davon ab, ob der Reflexbogen intact unterhalb der Erkrankungsstelle liegt oder nicht. Bei cerebralen Anästhesien sind die spinalen Reflexe erhalten und häufig gesteigert. — Vasomotorische Begleiterscheinungen kommen vor bei Betheiligung der vasomotorischen Nervenbahnen; an sich hat die periphere Anästhesie keinen Einfluss auf die periphere Circulation. Auch die trophischen Störungen, welche nicht selten als Begleiterscheinungen der Anästhesien auftreten, sind nicht durch diese an sich, sondern durch Mitbetheiligung trophischer und vasomotorischer Nervenbahnen bedingt. Die meisten cerebralen, ein Theil der spinalen, die hysterischen Anästhesien verlaufen ohne trophische Störungen, abgesehen von denjenigen Ernährungsstörungen, welche durch Nichtwahrnehmung äusserer Schädlichkeiten entstehen. Da, wo sensible, vasomotorische (und trophische) Bahnen dicht bei einander liegen — periphere gemischte Nervenstämme — sind solche Ernährungsstörungen am häufigsten; bei spinalen Anästhesien können trophische Störungen fehlen oder vorkommen, weil im Rückenmarke sensible und vasomotorisch-trophische Bahnen nicht so nahe beisammen liegen. Wo der ganze Querschnitt des Markes zerstört ist, fehlen trophische Störungen nie. Bei cerebralen Anästhesien fehlen trophische Störungen in der Regel durchaus, weil im Gehirn die betreffenden Bahnen weit auseinander liegen. Die im Gefolge der peripheren Trigeminusanästhesie nicht selten auftretende „neuroparalytische Ophthalmie“ scheint durch Mitbetheiligung eigener trophischer Nerven, die innerhalb des ersten Trigeminusastes vereinigt liegen, bedingt zu sein.

Digitized by Google

Symptomatologie einzelner Formen der Anästhesie. Traumatische Anästhesie. Durch Trauma oder mechanische Compression, gewöhnlich total, immer begleitet von ausgesprochenen motorischen, vasomotorischen und trophischen Störungen; meist sind auch mehr minder lebhafte Schmerzen vorhanden, der Verlauf ist ein sehr langsamer. Zusammenheilung gewöhnlich für die sensiblen Bahnen früher (manchesmal, wahrscheinlich durch Anastomosen sehr frühe) eintretend als für die motorischen. — Rheumatische Anästhesie nach Erkältung u. dgl., gewöhnlich mit rheumatoiden, neuralgischen Schmerzen verbunden, meist nicht sehr hochgradig, manchmal mit leichten Motilitätsstörungen verbunden, meist rascher und günstiger Verlauf. — Anästhesie der Wäscherinnen: Formication, Taubheit in beiden Händen und Vorderarmen, seltener heftige Schmerzen, dabei die Hände blass und kalt; meist unvollständige Anästhesie aller Empfindungsqualitäten, motorische Störungen fehlend oder unbedeutend; die Affection besteht auch nach Aufgeben der Beschäftigung oft lange fort. — Vasomotorische (ischämische), d. h. eine mit Schwankungen vasomotorischen Krampfs der kleinen Hautgefässe schwankende (Kälte, Blässe, Cyanose der Haut, Kleinheit des Pulses) Anästhesie, die durch äussere Wärme vermindert wird, meist rasch günstig verlauft. — Neuritische Anästhesie, meist incomplet, gewöhnlich mit neuralgischen, seltener mit motorischen Beschwerden, häufiger mit Herpes verbunden. Zur Diagnose ist der Nachweis eines neuritischen Herdes nothwendig. Dasselbe gilt von der Anästhesie durch Lepra, Neurome und andere Tumoren und von der toxischen Anästhesie (chron. Bleivergiftung, bei Ergotinvergiftung Anästhesie der Finger und Zehen mit erheblichen vasomotorischen Störungen, in schwereren Fällen brandiges Absterben der Glieder). — Anästhesien nach acuten Krankheiten. Nach Typhus häufig beschränkt auf einzelne Hautnerven oder grössere gemischtc Nervenstämme (dann auch meist motorische Störungen); nach Diphteritis am häufigsten Anästhesie der Rachengebilde, was „selbst nach einfacher entzündlicher Angina nicht ungewöhnlich ist". Die hysterischen Anästhesien können die verschiedenartigsten Formen und Localisationen bieten. Spinale Anästhesien sind meist doppelseitig an den unteren Extremitäten, aber auch isolirt (z. B. im Ulnarisgebiet, Trigeminus, am Rumpfe), sind partiell oder total, complet oder incomplet; können nur durch die anderweitigen Störungen von Seiten des Rückenmarkes (Paresen, Paralysen, meist paraplegischer Art, Ataxie, Gürtelgefühl, Blasen- und Geschlechtsschwäche etc.) erkannt werden. — Die cerebralen Anästhesien betreffen meist nur eine Seite des Körpers, kommen aber häufig auch ganz local beschränkt vor und können dann auch nur aus den begleitenden Symptomen (motorische Lähmungen, Sinnesstörungen, Betheiligung der Gehirnnerven, Schwindel, Störungen des Intellectes etc.) erkannt werden. Sie begleiten Herd- und diffuse Erkrankungen des Gehirns und haben eine entschiedene Nei-

Digitized by Google

gung zum Besserwerden. Anästhesie des Trigeminus wird relativ häufig isolirt, ferner auch als Theilerscheinung cerebraler Erkrankungen beobachtet und stellt meist eine ernstliche Erkrankung vor. Sie wird bedingt entweder durch Entzündungen, Erweichungen, Degenerationen, Geschwulstbildungen u. dgl. in dem intracraniellen Theile des Trigeminus, besonders im Ganglion Gasseri oder durch die Fortpflanzung pathologischer Processe von den benachbarten Theilen oder durch Schädelbrüche, Kopfverletzungen etc., endlich auch central durch Apoplexien, Tumoren, Erweichung, Sclerose des Gehirns. Die Anästhesie ist local — auf einzelne Aeste oder Hauptstämme beschränkt — oder auf den ganzen Verbreitungsbezirk des Trigeminus. Die ganze betreffende Gesichtshälfte, ein Theil des Ohres, die Haut der Schläfe und des Vorderkopfes, die Conjunctiva, Cornea, Nasenschleimhaut, Mundhöhle, Zunge, Zahnfleisch, Rachen. Bekanntlich scheint es den Kranken, wenn sie ein Glas an den Mund setzen, als ob dasselbe zerbrochen wäre etc. Daneben kommt nicht selten ein heftiger tic douloureux (excentrisch) vor. Die Kaubewegungen sind je nach dem Verhalten der portio minor trig. gestört oder intact, die mimischen Bewegungen sind auf der kranken Seite trotz Intactheit des Facialis nicht selten gehemmt und mehr träge, Reflexe fehlen bei peripherer Anästhesie völlig. Die Haut des Gesichtes erscheint gedunsen, bläulich, kühl, Verletzungen durch häufige Bisse auf der anästhesischen Wangenschleimhaut werden zu schlecht aussehenden Geschwüren, das Auge leidet durch die mangelhafte Thränensecretion und die secundären Ernährungsstörungen, durch welche es atrophisch zu Grunde gehen kann. Die Geruchsempfindung leidet durch die Trockenheit der Nasenschleimhaut, von welcher durch sensible Reize (Schnupftabak) keine Reflexe mehr ausgelöst werden können. Das Gehör leidet nur bei Lähmung des tensor tympani int. Die vom Lingualis vermittelte Geschmacksempfindung fehlt auf den vorderen $^2/_3$ der anästhetischen Zungenseite. Die Geschmacksfasern werden dem Lingualis zum grössten Theile durch die Chorda tympani vom Facialis her zugeführt, doch stammen die Geschmacksfasern der Chorda wohl aus der Trigeminusbahn, da Fälle bekannt sind, in welchen Trigeminusanästhesie ohne Betheiligung der Facialis mit Verlust des Geschmackes auf der vorderen Zungenhälfte einherging. Sobald also der Trigeminus da erkrankt, wo er diese Geschmacksfasern noch enthält (Schädelbasis), tritt Geschmackslähmung ein. Ueber den Sitz des Leidens, seine periphere oder centrale Entstehung wird man aus der Verbreitung der Anästhesie, aus den allenfalls vorhandenen motorischen, trophischen und sensoriellen Störungen, den etwa vorhandenen Störungen von Seiten des Gehirnes, oder der Nerven an der Hirnbasis „leicht in's Klare kommen".

Verlauf, Dauer und Ausgänge der Anästhesien hängen fast ausschliesslich von der Grundkrankheit und ihrer Heilbarkeit ab. Der Beginn kann ein ganz plötzlicher oder ein allmäliger sein. Bei vielen cerebralen, bei günstig verlaufenden rheumatischen, ischämischen, traumatischen Fällen

Digitized by Google

tritt, nachdem die Störung ihren Höhepunkt erreicht hat, allmälige Besserung und endlich Heilung ein. In ungünstigen Fällen kann es unter anderem zu ausgebreitetem Decubitus und dadurch zu letalem Ausgange kommen. Häufig ist die eintretende Heilung nur unvollständig.

Die Diagnose hat den Grad und die Ausbreitung des Leidens, die zu Grunde liegende anatomische Läsion, den Sitz des Krankheitsherdes (ob peripher oder central) zu berücksichtigen: Partielle Empfindungslähmung kommt fast nur bei centralen Erkrankungen, bei peripheren fast nie vor. Es muss geachtet werden auf die begleitenden motorischen, vasomotorischen und trophischen Störungen, das Verhalten der Reflexe, das Fehlen oder Vorhandensein spinaler und cerebraler Symptome. E. findet, dass die Unterscheidung, ob es sich um eine eigentlich periphere Anästhesie oder um eine periphere Leitungsanästhesie, ob es sich um eine eigentlich centrale oder eine cerebrale Leitungsanästhesie handle, für die meisten Fälle leicht sei.

Die Prognose der Anästhesien richtet sich fast ausschliesslich nach der Ursache und dem Sitze des Leidens. Rheumatische, ischämische, hysterische und syphilitische, durch periphere Kälteeinwirkung oder Aetzmittel hervorgerufene Anästhesien geben eine günstige Prognose; ebenso Anästhesie durch mässige Compression, wenn das comprimirende Moment beseitigt werden kann. Völlige Continuitätsstörungen geben eine Prognose auf Heilung (meist nach mehreren Monaten), wenn die getrennten Nervenenden sich in einer für Zusammenheilung und Regeneration günstigen Situation befinden. Toxische Anästhesien und solche nach acuten Krankheiten verlaufen meist günstig. Die Prognose der spinalen und cerebralen Anästhesien fällt meist mit der des Grundleidens zusammen, bei den durch Apoplexie, Embolie bedingten Anästhesien sieht man nicht selten die sensible Lähmung verschwinden, während die übrigen Erscheinungen fortbestehen. Cerebrale Anästhesie ist im Ganzen günstiger zu beurtheilen als spinale.

Die Therapie muss zunächst die (centrale etc.) Ursache der Anästhesie zu beseitigen trachten. Eine directe Behandlung der Anästhesie wird zu keinem Resultate führen, wo die Ursache derselben nicht zu beseitigen ist, ist aber oft nach gelungener Entfernung der Ursache oder gleichzeitig mit Bekämpfung der letzteren nothwendig, um die gesunkene oder aufgehobene Erregbarkeit und Leistungsfähigkeit der sensiblen Apparate wieder herzustellen. Das wichtigste Mittel hierzu ist die Elektricität und zwar: a) die Faradisation der Haut mittelst elektrischen Pinsels oder der elektrischen Bürste, für minder intensive Wirkungen mittelst feuchter Elektroden. Am besten findet E. die Verwendung der Kathode (des Oeffnungsstromes) zur Hautreizung; die Ströme müssen meist sehr stark durch ein paar Minuten andauern. b) Galvanisation der Haut, am besten durch labile Einwirkung (Hin- und Herstreichen) der Kathode auf der wohldurchfeuchteten Haut, bei starkem Strome, die Anode auf dem Krank-

Digitized by Google

heitsherde oder an einer indifferenten Stelle. Nebst der Elektricität kommen andere Hautreize (Opodeldoc, Kampherspiritus, Ol. terebinthin., Ol. Sinapeos, Spir. formicar., Spir. serpylli, Tinct. canthar., ungt. Veratrini etc.), kalte und nasse Douchen, trockene Kohlensäurebäder, endlich warme Bäder, Thermen, einfache Frictionen zur Verwendung. Vor der Anwendung energischer Gegenreize an anästhetischen Theilen warnt E. Letztere muss man durch passende Lagerung und Unterstützung, Vermeidung jedes längeren Druckes, scrupulöse Reinlichkeit, kalte und spirituöse Waschungen etc. vor dem Eintritte schwererer Ernährungsstörungen zu schützen suchen. (Wird fortgesetzt.)

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

168. 49. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg. Dr. Thoma (Heidelberg): Ueber krankhafte Durchlässigkeit der Gefässwände bei chronischer interstitieller Nephritis.

Redner bespricht die anatomischen Veränderungen der Nierengefässe, durch welche nach seiner Ansicht der Uebertritt von Eiweiss aus dem Blute in den Harn bedingt ist. Er gibt als solche Veränderungen an: erstens eine vermehrte Durchlässigkeit der Gefässwände. Injicirte er gesunde Nieren, so fand kein Uebertritt der Injectionsmasse in die Caspeln und Harncanäle statt, während bei Injection von Nieren, die im Zustande chronischer, interstitieller Entzündung waren, constant ein solcher Uebertritt der Masse und selbst beigemischter Zinnoberkörnchen erfolgte, und zwar um so reichlicher, je weiter die Entzündung vorgeschritten war. Gefässe, deren Wandung Verdickungen irgend welcher Art hatte, zeigten diese vermehrte Durchlässigkeit nicht.

Zweitens fand Redner eine bedeutende Beschränkung des Capillargebietes bei den erkrankten Nieren und spricht die Ansicht aus, dass in Folge davon der Blutdruck in den Capillaren erhöht und hiedurch ein weiteres Moment für die Transsudation von Eiweiss gegeben sei. Die bestehende Beschränkung des Capillargebietes ergab sich ihm aus Vergleichen, welche er zwischen dem Verhältniss des Querschnittes der Arteria renalis zu dem Gewichte der Niere (als Mass der Capillarbahn) bei gesunden und kranken Nieren anstellte. Er fand den Querschnitt der Arter. renalis bei kranken Nieren etwas geringer, als bei gesunden, den Gewichtsverlust der kranken aber relativ bedeutend grösser.

Prof. Rosenstein fragt, in welcher Zeit nach dem Tode die Messungen der Gefässe vorgenommen seien, da der mögliche Einfluss der Todtenstarre auf das Resultat der Messungen berücksichtigt werden müsse. Er weist ferner darauf hin, dass weder eine Erhöhung des Blutdrucks unter den beschriebenen Verhältnissen, noch der Einfluss eines erhöhten Drucks auf die Transsudation von Eiweiss erwiesen sei. Betreffs der Angaben des Vortragenden über die Durchlässigkeit der Gefässwände bemerkt er, dass auch Nieren, deren Gefässe erheblich verdickt seien (Amyloidnieren), einen eiweisshaltigen Harn lieferten.

Dr. Thoma erwidert, dass die Messungen der grossen Arterien stets 2—3 Stunden nach dem Tode durch Einschiebung eines Messingconus in das Gefässlumen, die der kleinen Gefässe an injicirten Präparaten vorgenommen seien. Bei der Amyloidniere seien es nach seiner Ansicht eben die noch nicht verdickten Gefässe, durch deren Wandung das Eiweiss transsudire.

Dr. Hübner (Zielenzig): Ueber epidemische Krankheiten.

Digitized by Google

Zu allen Zeiten hat man in der Medicin sich bemüht, diejenigen Ursachen aufzufinden, durch welche die Entstehung und Verbreitung der epidemischen Krankheiten veranlasst wird. Man hat hierüber die verschiedenartigsten Hypothesen aufgestellt und hat den Grund von Massenerkrankungen in der Entwickelung von Miasmen, Contagien, Bacterien und Micrococcen zu finden vermeint. Ich will diese Ansichten hier nicht kritisiren, weil die Zeit dazu nicht ausreicht, und will nur bemerken, dass sie alle darin übereinstimmen, dass sie die Ursache der Massenerkrankungen, wie sie bei dem Auftreten einer epidemischen Krankheit stattfinden, lediglich in einem veränderten Zustande der Atmosphäre suchen. Auf diese äussere veranlassende Ursache kommt es aber gar nicht an, sobald es sich darum handelt, einen von einer epidemischen Krankheit befallenen Menschen zu heilen; denn wenn jene erwähnten äusseren Ursachen auch ganz sicher und fest als Krankheitsursachen erkannt und nachgewiesen worden wären, was bis jetzt keineswegs der Fall ist, so fehlt immer noch der Nachweis, auf welche Weise eine äussere Ursache auf einen bisher ganz gesunden Menschen einwirkt oder eingewirkt hat, so dass dadurch die normalen Functionen des Körpers verändert und in krankhafte umgewandelt wurden. Um über diesen Punkt zu einer klaren Einsicht zu gelangen, müssen wir die Art der Verbindung in Betracht ziehen, in welcher der lebende Organismus mit der Aussenwelt steht, und da ergibt sich denn, dass wir körperlich in einer fortwährenden chemischen Verbindung und Wechselwirkung mit der Aussenwelt stehen. Alle Nahrungsstoffe, durch welche unser Körper genährt und gebildet wird, sind der Aussenwelt entnommen; aber sie werden in unserem Verdauungsapparat chemisch zerlegt und das Brauchbare daraus zu Körperzwecken verwendet. In gleicher Weise wird die atmosphärische Luft in den Lungen und in dem Hautorgane chemisch zerlegt, wodurch Sauerstoff aufgenommen und Kohlenstoff ausgeschieden wird. Dieses Sachverhältniss, dass der menschliche Körper durch eine chemische Grenze von der Aussenwelt einerseits abgeschlossen und dadurch andrerseits chemisch mit ihr unauflöslich verbunden ist und lediglich auf dieser chemischen Grundlage existirt und vegetirt, — ist von allen medicinischen Schriftstellern bisher unbeachtet geblieben, wenn sie sich bemühten, die Entstehung der epidemischen Krankheiten zu begreifen und zu erklären. In der Ausseracht-lassung dieses chemischen Sachverhaltes liegt der Grund, durch welchen man gezwungen wurde, bald diese, bald jene irrige Hypothese aufzustellen und daraus die Entstehung der Epidemien herzuleiten, während es gar keine Schwierigkeit hat, aus dem chemischen Wechselverhältniss, welches zwischen dem menschlichen Körper und der Aussenwelt stattfindet, zu einer klaren Einsicht in das Wesen dieser mit Recht sehr gefürchteten Krankheiten zu gelangen, und, was die Hauptsache ist, sie mit Erfolg zu heilen.

Mit der Aussenwelt steht der lebende Mensch nur mit zwei chemischen Processen in einem fortwährenden Zusammenhange und stetiger Wechselwirkung, nämlich mit dem Oxydationsprocesse, welcher sich in den Lungen und in der Oberfläche der Haut vollzieht, und hieraus folgt, dass jede epidemische Krankheit aus einer Störung eines dieser beiden chemischen Hergänge entstehen muss. — Es kommt also, sobald ein Mensch erkrankt, zunächst darauf an, zu ermitteln und festzustellen:

1. an welchen von diesen beiden Punkten, ob in der Haut oder in den Lungen eine krankhafte Function wahrgenommen wird, und

2. ob aus der aufgefundenen krankhaften Functionsstörung sich diejenigen Symptome entwickeln können, welche das Bild der sich nunmehr allmälig ausbildenden Krankheit darstellen.

Bei diesr Untersuchung müssen wir uns erinnern, dass die chemische Function eines Organes stets einem doppelten Zweck dient: nämlich es wird durch die chemische Säftebereitung, welche in diesen Organen von statten geht, zunächst

Digitized by Google

das Organ selbst in normalem und gesundem Zustande erhalten, und zweitens wird auch in gleicher Weise die Säftemischung für den übrigen Körper in naturgemässem Zustande erhalten. Hieraus folgt, dass eine Störung des chemischen Herganges zunächst die Erkrankung desjenigen Organes selbst bedingt, welches dem Chemismus dient, und ferner in Folge der entfremdeten Säftemischung eine Erkrankung des ganzen Körpers herbeiführt, also eine allgemeine Krankheit veranlasst.

Nun steht fest, dass in allen exanthematischen Krankheiten eine Störung der Hautfunctionen stattfindet, und deshalb erfolgt auch die hier sichtbare entzündliche Erkrankung der Haut. In dem typhösen Fieber sehen wir nur eine sehr heisse, aber trockene Haut, wodurch das Fehlen ihrer Function deutlich erkennbar ist, so dass also auch die Erkrankung dieses Organes hierdurch constatirt ist; aber in allen diesen Krankheitsprocessen tritt die Genesung nur durch reichliche Hautkrisen, durch Abstossung der alten verdorbenen Haut und gleichzeitige Bildung einer neuen Haut ein. Schon hieraus ergibt sich mit Sicherheit, dass die in Rede stehenden Krankheiten aus einer Störung des chemischen Processes in den Hauptorganen mit Nothwendigkeit entstehen müssen.

Es fragt sich nun, wie ist diese Functionsstörung zu Stande gekommen? Ueber diese Frage erhalten wir ganz vollständigen Aufschluss durch die physiologischen Experimente, welche ich in meiner Schrift „physiologischer Nachweis über Entstehung der Masern, Scharlach, Pocken und Typhuskrankheit" angeführt habe: Wenn nämlich die Oberhaut durch einen luftdichten Firnisslack verschlossen wird, so werden durch diesen Verschluss folgende anomale Körperveränderungen herbeigeführt: nämlich es erfolgt die Ausschwitzung einer klebrigen Masse unter der Haut — und im Innern erfolgen Sugillationen in dem Magen und Darmcanale, ferner Anschoppungen in den Lungen, in der Leber und Milz. Es treten also in Folge des blos mechanischen Hautverschlusses alle jene krankhaften Veränderungen in dem bisher gesunden Körper ein, welche man in den Leichen derjenigen Personen vorfindet, die an den oben genannten exanthematischen und typhösen Krankheiten zu Grunde gingen.

Hiermit ist, wie H. in dieser mehr als sonderbaren Auseinandersetzung weiter sagt, das Wesen der genannten Krankheiten vollständig aufgeklärt und ihre Heilung deshalb ganz leicht; sie erfolgt mit Sicherheit unter der Behandlung, welche ich in meiner eingesandten Schrift „Ueber Entstehung und Heilung der epidemischen Krankheiten" angegeben habe. Die Frage, wie Typhus und die erwähnten exanthematischen Krankheiten zu heilen sind, erachte ich hiermit als erledigt.

Sämmtliche Heilungsprocesse der erwähnten Krankheiten sind von grosser Wichtigkeit, aber die interessanteste Cur besteht entschieden in der Heilung der Pockenkrankheit, die man bei rechtzeitigem Einschreiten in 10—12 Tagen ohne Narben heilen kann. Da diese Cur darauf abzielt, die Entwickelung des Pockenausschlages zu beschränken und gänzlich zu verhindern, so ist daraus ersichtlich, dass die bisherige Behandlungsweise der Pocken, durch welche die Ausbildung dieses Ausschlages befördert wurde, eine ganz unrichtige ist.

Prof. Quincke (Bern): Ueber Transfusion bei perniciöser Anämie.

Der Vortragende berichtet über zwei durch Transfusion von Menschenblut zur Genesung gebrachte Fälle von perniciöser Anämie. Der Transfusion folgte zunächst ein theilweiser Untergang von rothen Blutkörperchen, der sich in vorübergehender Hämoglobinurie manifestirte und auch durch Zählung constatirt wurde; die differente Beschaffenheit des kranken und des eingespritzten Blutes dürfte die Ursache davon sein. Später nahmen die rothen Blutkörper an Zahl sehr erheblich zu, und es verschwanden die abnorm kleinen und vielgestaltigen Formen derselben. Für einzelne Fälle perniciöser Anämie ist die Transfusion entschieden sehr wirksam.

Digitized by Google

169. **Medicinischer Verein zu Greifswald.** Sitzung vom 2. December 1876. Prof. Arndt: Ueber die Entwicklung der Bakterien. (Deutsche medizinische Wochenschrift.)

Burdon Sanderson hat gefunden, dass wenn man Flüssigkeiten, die zur Ernährung und Erzeugung von Bakterien wohl geeignet sind, auch beliebig lange Zeit in offenen Gefässen und unbehinderter Communication mit athmosphärischer Luft hinstellt, man doch selten oder nie Bakterienentwicklung in denselben beobachten wird, so lange die Keime dazu ihnen fehlen. Er hat daraus den Schluss gezogen, dass die athmosphärische Luft deshalb auch so gut wie nie die Quelle der Bakterienentwicklung sein könne, sondern diese vielmehr wo anders gesucht werden müsse. Sie müsse nämlich in den Medien liegen, welche jenen Flüssigkeiten absichtlich oder unabsichtlich zugesetzt würden und man könne deshalb auch diese Flüssigkeiten selbst geradezu als Reagentien auf Bakterien benutzen, indem nur dann solche in ihnen zur Entwickelung kommen werden, wenn die zu prüfenden Objecte sie oder ihre Keime bereits enthalten. Cohn hat den Burdon Sanderson'schen Beobachtungen ganz ähnliche gemacht, desgleichen Rindfleisch, und ist es insbesondere der letztere gewesen, welcher deshalb auch zu dem Schlusse wie Burdon Sanderson gekommen ist. Die Quelle der Bakterienentwicklung könne nicht in der umgebenden atmosphärischen Luft, sondern müsse in den Stoffen, den Flüssigkeiten selbst liegen, in denen sie je sich zeige. Nach Rindfleisch ist es besonders das Wasser, das sie enthalte. Wenn man zum Zweck, hinter die muthmassliche Entstehung der Bakterien zu kommen, ähnlich wie Burdon Sanderson oder Cohn es gethan haben, arbeitet, wird man auch zu ähnlichen, wenn nicht denselben Resultaten kommen. Stellt man nämlich in einer Anzahl offener, aber wohl gereinigter Porcellanschalen Pasteur'sche oder Cohn'sche Bakteriennährflüssigkeit auf, so dauert es verhältnissmässig lange, ehe Bakterien in ihnen sich zeigen. Es vergehen mehrere Tage bis eine Woche und manchmal auch darüber, ehe man sie darin findet. Endlich aber findet man sie immer und in mehr oder weniger langer Zeit danach stets auch reichlich. Dasselbe geschieht auch, wenn man destillirtes oder gewöhnliches Brunnenwasser in derselben Weise hinstellt. Tage lang lassen sie nichts von Bakterien erkennen; dann aber, am Ablauf der ersten oder am Anfang der zweiten Woche sind diese da und in kurzer Zeit dann auch in grosser Menge. Anders verhält sich die Sache, wenn man den aufgestellten Flüssigkeiten etwas organisirte, nicht blos organische Substanz überhaupt zusetzt. Und wenn dieselbe mit aller Vorsicht herbeigeschafft worden, sei es aus der Mitte einer Kartoffel, einer Mohrrübe, eines Kohlstrunkes, aus dem Muskel eines eben erst getödteten Frosches oder Kaninchens, dann dauert es keine drei Tage und die üppigste Bakterienwucherung ist im Gange. Woher kommt das? Die Bakterienbildung scheint gebunden zu sein, wenigstens der Regel nach an organisirte Substanz. Wo diese fehlt, scheint immer auch jene zu fehlen. Sie fehlt deshalb auch in den mit blosser Pasteur'scher oder Cohn'scher Flüssigkeit, mit destillirtem oder Brunnenwasser gefüllten Gefässen, so lange organisirte Substanz denselben auch fehlt. Sie findet sich aber ein, sobald solche hinzugetreten und z. B. durch Käfer, Fliegen, Mücken, Motten, vielleicht auch Pflanzenpartikelchen, welche in sie hineingefallen sind, gegeben ist. Zur Bakterientwicklung scheint aber für gewöhnlich noch ferner nothwendig zu sein, dass die organisirte Substanz auch lebensfähig sei. Dabei ist zu bemerken, dass Tod eines Individuums noch nicht Tod aller seiner kleinsten Theile bedeutet und dass Vernichtung einer Zelle noch keineswegs auch Vernichtung aller Lebenserscheinungen ihres Inhaltes zur Folge hat. Die Zelle als solche kann zu Grunde gehen, das Leben, das an sie gebunden war, aber kann nichtsdestoweniger fortbestehen. Nur macht es sich fürderhin in anderer Art. Es hat kaum mehr etwas gemein mit dem ehemaligen Zellenleben. Es ist gewissermassen aus der Richtung gekommen, in der es durch

Digitized by Google

die Zelle so zu sagen gehalten wurde und äussert sich statt in einer mehr individualisirten aber specificirten Weise, nunmehr in einer unbestimmten und vagen. Frisch ausgeschnittene Fleischstückchen, Pflanzentheilchen sind deshalb noch nicht als todt an und für sich zu betrachten, ebenso wenig sind es die Bestandtheile der Organe der in die Versuchsflüssigkeit gerathenen und in derselben umgekommenen Thiere. Wird organisirte Substanz wirklich getödtet z. B. durch Siedhitze, dann bleibt auch die Bakterienentwicklung aus. Will man dem Cohn'schen Versuche mit gekochten Erbsen nicht trauen, so kann man sich selbst davon täglich überzeugen, indem man blos nöthig hat, Porcellanschalen mit Bakteriennährflüssigkeit aufzustellen und in die einen rohe, in die anderen gekochte Pflanzen- oder Fleischtheilchen hineinzuwerfen. Während in den ersteren schon am dritten oder vierten Tage Massen von Bakterien vorhanden sind, fehlen sie in diesen, wenn sie rein bleiben, noch am sechsten, achten, zehnten Tage. Unter geeigneten Vorkehrungen fehlen sie aber auch noch nach Wochen und Monaten, wie namentlich Cohn durch seine schon erwähnten Versuche mit Erbsen bewiesen hat. Wie sonderbar es darum auch klingen möge und wie wenig in Uebereinstimmung mit der herrschenden Zellentheorie, die Bakterien scheinen unter den bewandten Umständen sich aus den vorhandenen organisirten Substanzen zu bilden und zwar der Art, dass diese auf Grund des in ihnen noch vorhandenen Lebens eine Entwicklung einschlagen, aus welcher unter Anderem eben Bakterien hervorgehen. Das noch lebensfähige Protoplasma der Fleisch- und Pflanzentheilchen entwickelt sich weiter, aber anstatt in bestimmt geformter, Zellen repräsentirender Weise, in ungeformter diffuser Art. Es entsteht aus ihm ein diffuses Protoplasma, das bald als festere, bald als weniger feste, von dunklen Körnchen und Kügelchen, Fädchen und Stäbchen durchsetzte, glasige, elastische Gallerte zur Anschauung kommt und eben diese Körnchen und Kügelchen, Fädchen und Stäbchen, welche, frei geworden, Bakterien darstellen, in sich oder aus sich differenzirt. Die Zooglaeaarten stellen z. B. ein solches ungeformtes, diffuses Protoplasma mit einer Unzahl in sich differenzirter Bakterien dar. Wer sich die Mühe geben will, eingehende vergleichende Prüfungen zwischen diesem Protoplasma und anderen Protoplasmaarten anzustellen, namentlich dem der Myxomyceten, wird die grosse Uebereinstimmung zwischen denselben nicht übersehen können. Zwar wird die eigentliche Zooglaeamasse, wie die sogenannte Palmellengallerte, der Intercellularsubstanz mancher Pflanzen gleich gestellt. Aber von der viele unzweifelhafte Algen umhüllenden gallertigen Masse, von der Gallerte, welche sich in manchen Infusoriencolonien bildet z. B. bei Ophrydium, weicht sie wesentlich ab. Die sogenannte Gallerte aller Zooglaeaarten zeigt wie jedes Protoplasma Contractionserscheinungen. Lässt man Säuren und Alkalien auf dasselbe einwirken, so zieht es sich erst, wenn auch nur momentan, energisch zusammen. Dann dehnt es sich aus, erweicht und verflüssigt sich wohl auch einmal. Die die Algenzellen umhüllende, die zwischen den einzelnen Ophrydien liegende Gallerte zeigt solche Zusammenziehungen nie, sondern relaxirt von vornherein. Es ist aber die der Relaxation voraufgehende Zusammenziehung der sogenannten Gallerte der Zooglaeaarten wohl als nichts Anderes zu betrachten, denn als die der Relaxation und Verflüssigung jedes Protoplasmas voraufgehende Contraction, also als ein letzter Act von Lebensenergie und damit als eine Contraction im engsten Sinne des Wortes. In den Zooglaeaformationen und ihnen verwandten Bildungen wäre deshalb eine eigenthümliche Protoplasmawucherung zu sehen und diese im Gegensatz zu der als Zellen und damit in bestimmter Form erfolgenden, als ungeformte oder diffuse zu bezeichnen. Daraus ergibt sich denn auch der Werth der einzelnen Bakterien. Dieselben sind nicht etwa Zellen oder Zellenäquivalente, wofür sie gewöhnlich angesehen werden, obgleich sie mit Zellen nichts weiter gemein haben, als dass sie manchmal deutliche Bläschen sind; sondern sie sind Elementarkügelchen des Protoplasmas, beziehentlich Aequivalente desselben.

Digitized by Google

Die Kugel- oder Sphaerobakterien, der Micrococcus crepusculum Cohn's und seine Verwandte können als solche einfache Elementarkügelchen angesehen werden. Die Desmobakterien, insbesondere die zarteren Bacillusarten sind als Aequivalente derselben zu betrachten. Die Torulaformen der Sphaerobakterien sind eine reihenweise Anordnung dieser. Aus einer theilweisen Verschmelzung derselben, dadurch nämlich, dass sich um zwei oder mehrere Inhaltskörperchen der Elementarkügelchen die zugehörige Kapsel bildet, anstatt blos um eines derselben, entstehen die eigentlichen, die Stäbchenbakterien, die Eteobakterien, wie ich sie nennen will, von denen hergebrachtermassen zwei Sorten, die Micro- und Macrobakterien, unterschieden werden und für die Bacterium Termo und vielleicht Vibrio Rugula als Repräsentanten gelten mögen. Als eine Modification der Eteobakterien sind sodann endlich die Spirobakterien zu betrachten, die sich durch ihren gewundenen Bau auszeichnen. In der Natur gibt es sonach eine grosse Anzahl von Lebewesen, welche durchaus nicht den Werth von Zellen haben, sondern höchstens den von Zellenelementen. Ausserdem gibt es in der Natur ein diffuses Protoplasma. Dieses bildet einestheils jene Lebewesen, indem es sie vermöge seiner formativen Thätigkeit in sich und aus sich differenzirt, anderentheils schreitet es, indem es sich organisirt, zur Bildung von Zellen. Zellen sind somit im Gegensatz zu diesem diffusen Protoplasma ein individualisirtes und bereits organisirtes Protoplasma.

170. K. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. Sitzung vom 10. Februar 1877. Dr. Neupauer: Ueber Harnsteinbildung und ihre Ursachen.

N. suchte nachzuweisen, dass die Harnsteine, wenn sie sich nicht um von aussen in die Harnwege eingeführte Körper entwickeln, nur dadurch entstehen dass die im Harn als normale Sedativstoffe erscheinende Harnsäure, oder oxalsaurer Kalk oder Xantin zu Folge eines Entleerungshindernisses mit dem Urin aus den Harnwegen nicht hinausgeschafft werden können. Solche Hindernisse sind in der Niere: kleine Vertiefungen, Leisten, in und hinter denen die Körner sich sammeln und zusammenballen, in der Blase: tiefer Fundus derselben, grosse Lefze am Orificium internum urethrae, unzureichende Zusammenziehung der Blase zu Folge Muskel- und Nervenerkrankung. Das seltene Vorkommen der Harnsteine bei Frauen erklärt N. dadurch, dass die Frauenblase einen seichten Fundus hat, wodurch die Sedimentkörner, wie sie aus der Niere kommen, sich in der seichten Blase nicht aufhalten können. Die kurze und weite Urethra der Frauen spiele dabei fast gar keine Rolle, da die Uretheren der Frauen nicht weiter sind als jene der Männer, so dass die durch die Uretheren herabgekommenen Körner sowol die männliche, wie die weibliche Urethra passiren können, wenn sie überhaupt in diese aus der Blase hineingelangen können. (In jenen Fällen, wo der Kranke keine Blasenbeschwerden hat, blos beim Harnen merkt, dass sein Harnstrahl plötzlich unterbrochen wird, ohne dass die Blase entleert wäre, und bei der Untersuchung sich herausstellt, dass der Stein klein ist, kann man annehmen, dass das Orificium internum urethrae eine hohe Lage hat.) Bei der Harnsteinbildung unterscheidet N. die Wachsthumphase im sauern Urin, und die im alkalischen. Den Uebergang aus der sauern Phase in den alkalischen verursacht stets ein Blasenkatarrh; die primäre Entstehungsursache des letzteren glaubt der Vortragende nicht so sehr im Steine gelegen, da die Blase sich an seine Insulte gewöhnt hat, als vielmehr in zufälligen äusseren feindlichen Einwirkungen. Dass dem so sei, beweise der Umstand, dass der Katarrh sich lege, sobald der Patient sich pflege, trotzdem der Stein in der Blase bleibt. Ferner findet man grosse Maulbeersteine, die keine alkalischen Schichten haben, demnach hatten sie während ihres Wachsthums keinen etwas stärkeren Blasenkatarrh erzeugt, da dessen Folgen fehlen. Vortragender erwähnt ferner, dass das schlechte Aussehen der Kranken mit sogenannten Maulbeersteinen, die aus Harnsäure oder

Digitized by Google

Kalkoxalat bestehen, nicht von den Insulten dieser Steine auf die Blase herrühre, sondern von jener Störung im Stoffwechsel, der zu Folge eben viel Harnsäure oder Oxalsäure gebildet wird. („Pester mediz.-chir. Presse.")

171. **Schlesische Gesellschaft für öffentl. Cultur.** Sitzung vom 10. November 1876. Dr. Buchwald: „Ueber Pilzvergiftung."

3 Arbeiter hatten sich auf sumpfigem Terrain Pilze gesucht und mit Fett, Salz und Kartoffeln zubereitet, genossen. Schon nach wenigen Stunden hatte sich heftiges Erbrechen eingestellt, unstillbarer Durst, Ohrensausen, Taubheit, Flimmern in den Augen (transitorische Erblindung) und endlich ein der Trunkenheit ähnlicher Zustand. Zufällig konnte — was sehr selten der Fall — der Pilz, mit dem die Vergiftung stattgefunden, nachgewiesen werden. Es war der Speitäubling, Speiteufel (Agaricus integer s. emeticus, Russula integra), mit dem sich unter anderen die Samojeden und Kamtschadalen absichtlich vergiften, um sich in einen rauschähnlichen Zustand zu versetzen. Vor der Berauschung (mit Fliegenpilz) treten Zuckungen, Lustigkeit, Erschöpfung und endlich Schlaf ein. Die Aermeren, denen der Genuss der Fliegenpilze zu theuer, geniessen, um sich dasselbe Vergnügen zu verschaffen, den Harn der Reichern. B. hat nun mit dem oben genannten Pilz (dessen giftiges Princip das Muscarin ist) Versuche bei Kaninchen angestellt. Die Wirkungen des Muscarin sollen durch gewisse Gegengifte unschädlich gemacht werden können. Namentlich steht Essig in dem Ruf, besitzt aber nur einen sehr bedingten Werth. Dagegen empfiehlt B. Atropin- und Belladonnapräparate, Eiswasser, Wein und Excitantien überhaupt. Da Pilzvergiftungen keineswegs selten und namentlich Kinder sehr empfänglich gegen Muscarin seien, so müssten diesen überhaupt keine Pilze gereicht werden, um so mehr als der Nährwerth der Pilze überhaupt unbedeutend ist (durchschnittlich 2% N.) In einigen Gegenden Oesterreichs und Frankreichs seien die Pilze allerdings nicht zu entbehren. Jedenfalls müsse die Marktpolizei in den Städten, wo öffentliche Verkaufsstellen seien, genau die Waare controliren. Als absolut schädlich betrachtet B. den Fliegenpilz (Agaricus amanita), den Schuster- oder Satanspilz (Boletus luridus et satanas).

Prof. Göppert macht auf die grosse Verwirrung und Unsicherheit in der Pilzkunde aufmerksam, die so weit ginge, dass man sich nicht einmal völlig klar sei über die giftig wirkenden Pilze, was um so schlimmer, weil zweifelsohne der Pilz ein sehr wichtiges Nahrungsmittel sei. Gerade in der Pilzfrage zeigen sich grobe Vorurtheile beim Publicum, denn ganz verderblich sei z. B. die Anschauung, dass eine weisse Zwiebel sich beim Abkochen mit giftigen Pilzen schwarz färbe. Er demonstrirte eine derartige Probe mit dem Agaricus emeticus, die Zwiebel zeigte gar keine Farbenveränderung. Man müsse sich also hüten, einem solchen unter Umständen das Leben gefährdenden Wahn zu huldigen. Es wäre in der That nach den Auseinandersetzungen von G. höchst wünschenswerth, dass zweckdienliche Schriften über Pilze zur allgemeinen Belehrung herausgegeben und verbreitet würden, da das bisher Geschriebene nach dieser Richtung unbrauchbar ist. G. sprach sich nun noch näher über Pilze aus, und unterscheidet 6 Gruppen essbarer Pilze. Die trüffelartigen (unterirdischen) Pilze sind alle essbar uud unschädlich. Die Boviste, namentlich in Schlesien häufig und mit Trüffeln verwechselt, die Morcheln, alle essbar. Ebenso die Keulenpilze (Clavarien, Korallenpilze, Bärentatzen) mit ihren fleischigen Aesten und dickem Stamme. Die Hutpilze, darunter Steinpilz essbar und unschädlich, Stachelpilze und Agarici über 800 Arten mit den 3 oben erwähnten giftigen Arten. Man thut jedenfalls in praxi am besten, dass man sich an die als unschädlich sich bewährten hält, die in der That durch Abbildungen leicht kenntlich gemacht werden könnten und sind. G. hält übrigens den Pilz für ein äusserst wichtiges Nahrungsmittel. Durch die Pilzcultur werden

Digitized by Google

in Paris jährlich 8—10.000 Centner gewonnen; das fordert für das sehr pilzreiche Schlesien zur Nachahmung auf. Bei der Behandlung der Vergiftung will G. dem Essig eine grosse Bedeutung beilegen, da er den Pilzen jedenfalls das Gift entziehe. Ebenso ist Milch unentbehrlich. Atropin scheint ihm zu gefährlich, ähnlich spricht sich auch Prof. Biermer aus, der Emetica und Drastica verabreicht wissen will und die Pilzvergiftung ihrem Bilde nach klinisch wie anat. mit der Enteritis septica vergleicht.

172. Niederrheinische Gesellschaft in Bonn. Sitzung vom 22. Mai 1876.

Prof. Doutrelepont legte eine Messerklinge vor, welche er aus der Achselhöhle eines Mannes herausgeschnitten hatte, wo dieselbe 20 Monate gesessen hatte. Patient, ein sehr muskulöser Mann von 28 Jahren, erhielt am 25. Juli 1874 einen Messerstich unter der linken Spina scapulae. Der Thäter sprang zur Ausführung der That auf den Tisch und stach seinen Gegner, der ihm gegenüber sass, von oben und vorn, wobei er jedoch von diesem zurückgestossen wurde. Bei diesem Stosse ist die Messerklinge wahrscheinlich gegen die Spina scapulae abgebrochen. Patient empfand gleich nach der Verletzung heftige Schmerzen im ganzen Arme, die bis in die Finger ausstrahlten, und hatte das Gefühl von Taubsein und Ameisenkriechen in dem 3., 4. und 5. Finger. Die Wunde soll in Zeit von drei Wochen mit nur geringer Eiterung geheilt sein. Die Schmerzen im Arme hielten jedoch an, und zu denselben gesellten sich nach ungefähr drei Monaten Schmerzen, welche von der Achselhöhle bis zur Brustwarze strahlten. Patient konnte den Arm ohne die heftigsten Schmerzen nicht bewegen und trug ihn in einer Mitella. Breiumschläge, Tinctura Jodi, Elektricität, sogar Bewegungen des Armes wurden auf Anrathen verschiedener Aerzte, welche von dem Patienten in seiner langen Leidenszeit consultirt wurden, und welche an dem Vorhandensein der Klinge im Arme mehr oder weniger zweifelten, angewendet, ohne dass sich der Zustand im geringsten änderte. Am 9. December 1875 sah D. den Patienten zuerst. Dieser konnte damals den Arm, wenn auch mit Schmerzen, bis zur Horizontalen erheben, active Rotationsbewegungen konnten wegen der grossen Schmerzhaftigkeit nicht gemacht werden. Passive Bewegungen waren auch schmerzhaft, aber in allen Richtungen frei. Ungefähr 6 Ctm. unter der Stichnarbe, mehr dem Arme zu, fühlte man eine abnorme Härte in der Tiefe; der Druck dieser Stelle rief sehr heftige ausstrahlende Schmerzen im Bereiche des Nerv. ulnaris und intercostalis und hier und da schwaches Crepitiren hervor. Umfasste man von dieser Stelle aus die Achselhöhle, so fühlte man auch einen längeren festen Strang.

D. schlug dem Patienten vor, an der oben bezeichneten Stelle einzuschneiden, um den dort sitzenden Körper zu entfernen. Patient ging jedoch nach Hause und konnte sich noch nicht zur Operatien entschliessen, da er, seiner späteren Aussage nach, von verschiedenen Seiten vor einer Operation gewarnt worden war. Erst im März liess er sich ins hiesige evangelische Hospital aufnehmen. Die Symptome waren dieselben geblieben, nur war der fremde Körper undeutlicher zu fühlen. 25. März schnitt D. unter Anwendung der lokalen Anästhesie an der bezeichneten Stelle ein, legte den hinteren Rand des Musc. deltoides frei, und liess denselben von stumpfen Haken zurückhalten, worauf unter demselben die Klinge deutlich zu fühlen war; ein weiterer Einschnitt legte die Basis der abgebrochenen Klinge blos, welche dann leicht entfernt wurde. Sie sass zwischen Teres major und minor, ihre Spitze gegen Achselhöhle und Rippen gerichtet; Eiterung war nicht vorhanden.

Die Klinge ist 7 Ctm. lang, 1,5 Ctm. breit, und noch spitz und scharf, während die Flächen verrostet sind. Gleich nach der Operation waren die heftigen Schmerzen beseitigt; Patient konnte ohne Morphiuminjectionen, die ihm seit langer Zeit allein Ruhe gaben, schlafen. Die Heilung erfolgte unter dem antiseptischen

Digitized by Google

Verbande mit nur oberflächlicher Eiterung in 14 Tagen, zu welcher Zeit Patient entlassen wurde.

Zwanzig Monate hatte also eine noch scharfe und spitze Messerklinge in der nerven- und gefässreichen Gegend ohne Entzündung hervorzurufen gelegen, und nur durch den Druck auf den Nerv. ulnaris und intercostalis die heftigen Schmerzen hevorgerufen. („Berl. klin. Woch.")

173. Wissenschaftlicher Verein der Militärärzte der Wiener Garnison. Sitzung vom 25. November 1876, Oberarzt Dr. Gschirhackl: Ueber die praktische Verwendbarkeit einiger Sublimatpräparate für hypodermatische Injectionen.

Die Versuche, welche auf Anregung Prof. Reder's auf der ersten Abtheilung des Garnisonsspitals Nr. 1 vorgenommen wurden, beschäftigen sich zunächst mit der Frage, ob das von Bamberger angegebene Quecksilberalbuminat eine geringere örtliche Reaction und weniger Schmerz hervorrufe, als die einfache Sublimatlösung Lewin's. Hierbei zeigte sich denn, dass dem Quecksilberalbuminat nur eine beschränkte Anwendbarkeit zukomme, indem dieses schwer herzustellende Präparat nur jenen Aerzten zur Verfügung stehen könne, welche entweder selbst gründliche chemische Kenntnisse besitzen, oder sich die Lösung in einem chemischen Laboratorium bereiten lassen können. Die Versuche — zumeist mit vom Regimentsarzt Dr. Kratschmer bereiteten Lösungen durchgeführt — ergaben nun, dass Bamberger's Präparat weniger Schmerz und geringere Reaction hervorrufe, als die Lewin'sche Lösung, doch aber genug unliebsame Consequenzen nach sich ziehe, welche zumeist in der geringen Haltbarkeit desselben ihren Grund finden. Vortheilhaft erwies sich ein Zusatz von Glycerin (etwa $^1/_3$), die Lösung wird hierdurch klarer und haltbarer und verursacht geringere Reaction an der Injectionsstelle; sie hinterlässt auch nie Knoteninfiltrate. Am allergünstigsten aber — bezüglich des Schmerzes und der Reaction — erwies sich eine im Verlaufe der Versuche von Kratschmer bereitete klare und wasserhelle Flüssigkeit, welche aus einer für die jeweilige Dosirung genau berechneten Menge Sublimat, gelöst in destillirtem Wasser, und einen 4—5percentigen Kochsalzzusatze besteht. Die Beobachtung Kratschmer's, dass ein genügender Zusatz von Chlornatrium den Sublimat derart verändert, dass derselbe einerseits mit kohlensaurem Natrium kein Präcipitat mehr gibt, andererseits selbst gesättigte Eiweisslösungen nicht mehr fällt, gab den Versuchen mit dieser Lösung eine theoretische Basis. Da nämlich der Reactionsknoten an der Injectionsstelle durch Fällung der Eiweisslösung im Unterhautzellgewebe entsteht, eine Sublimat-Chlornatriummischung aber in der Eprouvette selbst gesättigte Eiweisslösungen nicht mehr fällt, so war zu erwarten, dass auch die diluirte Eiweisslösung im Unterhautzellgewebe durch diese Mischung bei der Injection nicht präcipitirt werde, der Reactionsknoten somit ausbleiben müsse. Der praktische Versuch bestätigte vollkommen dieses Calcul. — Die Receptformel für diese Lösung lautet: Rp. Hydrarg. bichlor. corros. grmm. unum. Natrii chlorat. puri grmm. sex., Aquae destillat. grmm. centum, Solve terendo in mortario lapideo. Filtra. — Da jedoch der käufliche Sublimat selten rein ist, empfiehlt Kratschmer folgende Bereitungsweise: Man kocht das Sublimat in heissem Wasser, filtrirt, noch heiss, in eine Flasche und lässt die Lösung erkalten. Man erhält so eine in der Kälte gesättigte Sublimatlösung, welche von dem Bodensatz abgehoben wird. In ähnlicher Weise bereitet man sich eine gesättigte Chlornatriumlösung, indem man crystallinisches Kochsalz in einem Cylinderglase mit destillirtem Wasser überschüttet stehen lässt. Nimmt man nun 10 Ccm. obiger Sublimatlösung und gibt hierzu 10 Ccm. der gesättigten Chlornatriumlösung und 42.5 Ccm. destillirtes Wasser, so hat man eine Mischung, welche — da 1 Ccm. gesättigter Sublimatlösung 62,5 Mg. Sublimat

Digitized by Google

enthält — in 62,5 Ccm. oder annähernd 62,5 Grm. 52,5 Mg. Sublimat aufweist, somit 1percentig ist. Nach Bedarf kann man sich leicht anderspercentige Lösungen bereiten. Die eben beschriebene Chlornatrium-Sublimatmischung mit dem Quecksilberalbuminat vergleichend, gelangte Redner zu folgendem Schlusse. Der Nachtheil des Quecksilberalbuminats liegt in der geringen Haltbarkeit desselben. Frisch bereitet und von nahezu wasserheller Klarheit, leistet es bezüglich der Schmerzhaftigkeit und örtlichen Reaction nicht mehr, als die Chlornatrium-Sublimatmischung (Kratschmer); diese hat aber die einfache Bereitungsweise und die Haltbarkeit vor dem Quecksilberalbuminat voraus.

174. K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 22. December 1876. Prof. Neumann: Ueber primäre lupöse Erkrankung der Conjunctiva.

Im Herbst 1871 stellten sich bei einem 21jährigen Mädchen krankhafte Störungen im linken Auge ein. Dieselben bestanden in vermehrter Thränenabsonderung und in Wucherung der Schleimhaut des unteren linken Augenlides, welche trotz wiederholter Aetzungen mit Lapis zunahmen, sich bald auch auf das obere Augenlid und den Augapfel selbst mit Intensität verbreiteten. Wirklich trat allmälig auch die Abnahme des Sehvermögens hervor. Drei Jahre später bildeten sich an der vorher gesunden Haut der Oberlippe und Nase lupöse Efflorescenzen. Im Juni 1876 trat die Kranke in Neumann's Behandlung mit den Erscheinungen des Lupus maculosus und tuberculosus der Oberlippe, namentlich der Nase. Am linken Auge war der Bulbus atrophisch; an der Stelle der Cornea befindet sich eine leicht kraterförmige Depression, das Gewebe daselbst dunkel gefärbt, durch das in die Narbe eingetheilte Pigment von der Iris abstammend. Den Lidern fehlt, da der Bulbus atrophisch geworden, die Wölbung nach vorne. Das obere Lid hat circa in der Mitte den Lidrand wie angenagt; daselbst fehlen auch die Cilien. Von dieser Stelle aus geht eine Brücke zum Bulbus. Das Synblepharon ist ziemlich stramm, derb und hindert das Umstülpen des oberen Lides. Die Lidlefze ist dünn, stellenweise kantig, an einer Stelle sogar gegen den Bulbus zu geneigt. Die innere Fläche beider Lider ist mit Granulationen bedeckt, so auch der Bulbusstumpf, ja stellenweise auch die Brücken, welche von den Lidern zum Stumpfe führen. Die Granulationen sind derb, über und zwischen denselben wuchern weiche, rothe, bei der leichtesten Berührung blutende Excrescenzen hervor. Rechts und links von der Cornea war eine derbe Infiltration mit glatter, speckig aussehender Oberfläche. N. trug Partien von der Conjunctiva palbebrarum et bulbi ab, deren mikroskopische Untersuchung Folgendes darbot:

Eine kleinzellige Infiltration, bestehend aus kleinen zahlreichen Rundzellen, die in einem dichten Reticulum eingelagert sind. Diese Infiltration ist durchzogen von einem dichten Netze Capillargefässe, die bis in die oberflächlichste Lage der Conjunctiva reichen. Von der Wandung der Adventitia zweigen sich derbe Bindegewebsbündel ab, die sich im Reticulum verlieren. Die Papillen der Conjunctiva sind in bedeutendem Grade hypertrophisch, das Epithel wuchert in die Tiefe in Form grosser Epithelialzapfen. An einzelnen Stellen geht die Epithelialwucherung so weit, dass es zur Wucherung von Epithelialplatten kommt, die sich abblättern. In den tieferen Schichten der Conjunctiva, demnach in den blutarmen Partien derselben, fanden sich Riesenzellen. Das Protoplasma der Riesenzelle ist wie gewöhnlich fein punktirt und zeigt zahlreiche Vacuolen.

Dieser Fall hat demnach, abgesehen von der Seltenheit einer primären lupösen Erkrankung des Auges, namentlich bezüglich des langen Intervalles zwischen der Erkrankung des Auges und der Nase vielfaches Interesse.

Prof. Hebra erwähnt anschliessend hieran zwei Fälle seiner Beobachtung, in welchen jedoch der Lupus secundär die Conjunctiva befiel. In beiden wurde

Digitized by Google

durch Cauterisationen mit Lapis in Substanz vollständige Heilung erzielt; in einem Falle konnte sich H. zufällig davon überzeugen, dass auch nach mehreren Jahren am Auge kein Recidiv eintrat.

Prof. Dittel: „Chirurgische Mittheilungen." D. theilt einen Fall von Aneurysma der Carotis mit. Derselbe betraf einen sehr fetten, kräftigen Mann, an welchem in der vorderen Halsgegend, entsprechend dem Sulcus caroticus, eine länglich runde, nach aufwärts spindelförmig endende Geschwulst sich nachweisen liess. Dieselbe reicht nach oben bis zur Stelle des Schildknorpels, nach abwärts in die Fossa supraclavicularis hinein. Die Geschwulst liess sich nicht umgreifen, pulsirte sicht- und fühlbar synchronisch mit dem Herzstosse. Sie liess sich leicht comprimiren, beim Drucke verschwand der Puls in der Maxillaris und Temporalis derselben Seite. Der Kranke klagte über häufiges Ohnmachtsgefühl, Beklemmung beim Stiegensteigen, Hustenreiz und mässige Schlingbeschwerden. D. machte, da andere therapeutische Massregeln nichts fruchteten und die centrale Unterbindung der Carotis unmöglich war, die periphere Unterbindung. Am 6. Tage schwoll die untere Partie des Sackes beträchtlich an, bekam eine elastische Consistenz und pulsirte deutlich. Am 8. Tage trat, nachdem der Kranke, der an einer Strictur litt, stark gepresst hatte, eine Blutung aus dem Sacke auf, die sich in den nächsten Tagen sehr oft wiederholte. Dabei bekam die Wunde ein sehr übles Aussehen, der Patient wurde anämisch, sein Sensorium benommen und er ging 14 Tage nach der Operation zu Grunde. Bei der Section fand sich die Aorta allenthalben erweitert, im hohen Grade an chronischer Entarteritis leidend; ausser dieser gleichmässigen Erweiterung fanden sich an einzelnen Stellen Ausbuchtungen (beginnende sackförmige Aneurysmen). Die Carotis sinistra geht 2 Ctm. von ihrer Ursprungsstelle entfernt in eine kleine Erweiterung über und über dieser dilatirten Stelle erweitert sie sich zu einem aneurysmatischen Sacke, welcher unterhalb der Theilungsstelle des Gefässes in das gewöhnliche Kaliber desselben übergeht. An dieser Stelle sind auch die Ligaturen angelegt. Die Wandungen des erweiterten Gefässstückes sind in eine braune, missfärbige, zellig zerfallende Masse umgewandelt, so dass die ganze Wand des Gefässes an diesen Stellen porös geworden ist. Letzteres erklärt die Erscheinung, warum das Blut im Leben nicht hervorspritzte, sondern langsam durchsickerte. Man fand in dem Sacke einige Coagula. Die Vena jugularis, welche an dem Aneurysma vorüberzieht, war mit demselben verwachsen, und dieses war auch in die Venen hineingebrochen. Demnach war der ungünstige Ausgang durch den Zustand der Arterien herbeigeführt.

Sitzung vom 5. Jänner 1877.

Prof. Weinlechner stellt eine Kranke vor, an welcher er vor 10 Jahren eine doppelseitige Ovariotomie mit günstigem Erfolge ausgeführt hatte. Bei dieser Frau trat nach dieser Operation die Periode regelmässig ein, bis vor 19 Monaten dieselbe unregelmässig wurde und zeitweise cessirte. Zu gleicher Zeit entwickelte sich eine Geschwulst in der unteren Bauchgegend, welche allmälig bis zur Grösse von anderthalb Mannsfäusten heranwuchs. Dieselbe besass eine dreieckige Form und war mit ihrem breiteren Ende nach oben gerichtet, während die untere Spitze sich zwischen die Schenkelflächen legte. Die Oberfläche der Geschwulst war grobhöckerig, und dabei zeigte die Geschwulst an einzelnen Stellen eine harte, an anderen eine fluctuirende Beschaffenheit. An der vorderen Fläche derselben war eine braun pigmentirte, verzweigte Narbe sichtbar. Gegen die Basis hin konnten vorgelagerte Därme nachgewiesen werden, so dass die Geschwulst eine gewisse Aehnlichkeit mit einer Bauchhernie besass. Die Geschwulst war frei beweglich, und bei Bewegungen derselben wurde der Uterus nicht mitbewegt. Bei der Operation erwies sich die bereits vor derselben von W. ausgesprochene Vermuthung, dass es sich um eine Geschwulst handle, welche sich vom Stiele des linken Ovariums entwickelte, richtig.

Digitized by Google

Die Geschwulst wurde beseitigt, die Wunde geschlossen, Drainageröhrchen eingeführt. Operation nach Lister. Die Kranke ist vollständig geheilt, nur besteht eine Hernie entsprechend der ehemaligen Bauchwunde mit einer pomeranzengrossen Bruchpforte. Die exstirpirte Geschwulst war eine mit einer bräunlichen, gallertigen Flüssigkeit gefüllte Cyste.

Prof Heschl. Bei der Section einer Frau, welche einige Tage vor ihrem Tode nach dem Heben einer schweren Last unter den Erscheinungen einer heftigen Peritonitis erkrankt war, fand Dr. Chiari ausser einer Perforationsperitonitis, dass das untere Ileumsende 6 Ctm. vor der Valvula Bauhini entfernt scharfrandig aufhörte, und ferner weiter nach oben das Ileum wiederum scharfrandig endigte, so dass ein Stück desselben wie herausgerissen zu sein schien. In der Bauchhöhle fand sich frei liegend ein nekrotisches Ileumstück sammt seinem Gekröse. H. glaubt, dass eine Intussusception die Ursache dieser Sequestration abgegeben habe. H. erwähnt anschliessend hieran einen Sectionsbefund, welchem er jüngst bei einer Puerpera begegnete. Es fehlte nämlich auf der einen Seite das Ovarium und die Tuba vollständig und der Uterus lief in einen Stumpf aus. H. glaubt, dass nach Analogie eines Falles, welchen er bei einem neugeborenen Mädchen beobachtete, bei dem in der Bauchhöhle ein rundlicher, mit einer eigenthümlichen Krause besetzter Körper frei vorgefunden wurde, während am Uterus der ebenerwähnte Befund sich nachweisen liess, — diese eigenthümliche Deformität sich dadurch erklären lasse, dass das intrauterine Ovarium mitsammt der Tuba durch eine Axendrehung vom Uterus abgedreht wurde und als freier Körper in den Bauchraum gelangte und dass letzterer im weiteren Verlaufe aus dem Peritoneum verschwand. Zu diesen Axendrehungen am Lig. ovarii disponiren besonders Ovarien, welche cystisch degenerirt sind, — ein Zustand, der an den Ovarien schon intrauterin nicht selten vorkommt.

Sitzung vom 9. Februar 1877.

Prof. Heschl demonstrirt die sogenannten Charcot'schen Krystalle aus dem Blute einer an Leukämie Gestorbenen. Diese Krystalle werden nicht im frischen Blute vorgefunden, sondern bilden sich erst drei Tage nach dem Tode. Sie finden sich im Blute, ausserdem auch im Knochenmarke vor, wo sie auch normaler Weise vorkommen. Man hat sie ausser bei Leukämischen in den Sputis der an Bronchialasthma Leidenden gesehen, und glaubte, dass sie durch Reizung der Bronchialschleimhaut die asthmatischen Anfälle hervorrufen. Im vorliegenden Falle konnte nur in den Gerinnungen im Herzen und im rechten Oberarm die Gegenwart dieser Krystalle constatirt werden. Die Krystalle stellen langgestreckte vierseitige Pyramiden dar, und ist ihre chemische Zusammensetzung bisher noch controvers.

Prof. v. Dumreicher stellt einen Kranken vor, bei dem er an jedem Handrücken ein Ganglion und an jedem Unterschenkel ein Hygrom gespalten hatte. Der Verband wurde in der bereits öfters geschilderten Weise angelegt. Zuerst wurde das Ganglion an der rechten Hand und das Hygrom links operirt; bei beiden Operationen trat Eiterung ein; heftiges Wundfieber und die Heilung beanspruchten drei Wochen. Nachdem der Kranke vier Wochen im Spitale war und die Vernarbung an den früher operirten Stellen rasche Fortschritte machte, wurde das Ganglion links und Hygrom rechts gespalten und der Druckverband angelegt. Die Heilung erfolgte in drei Tagen.

Darnach hält v. Dumreicher seinen Vortrag: „Ueber Wundbehandlung.“ Nachdem v. D. das Wesen der Lister'schen Behandlung dargelegt, vergleicht er die Resultate, welche dieselbe nach den Erfahrungen von Lister, Nussbaum, Volkmann, Thiersch aufweist, mit den durch die offene Wundbehandlung erzielten, wobei sich ergebe, dass letztere einen entschieden günstigeren

Digitized by Google

Wundverlauf nach sich ziehe als das Lister'sche Verfahren. Er zeigt ferner, dass nach seinem Dafürhalten die accidentellen Wundkrankkeiten nicht so sehr von dem Eindringen gewisser organisirter Körper in die Wunde abhängen, sondern wesentlich durch eine Störung des Allgemeinbefindens im weitesten Sinne des Wortes, welche sich in den meisten Fällen deutlich genug an den zu Operirenden nachweisen lasse, bedingt sei.

Trotzdem nun v. D. die offene Wundbehandlung in hygienisch nicht allzu ungünstig situirten Spitälern bei richtiger Handhabung derselben als die die günstigsten Resultate in Bezug auf den Wundverlauf bietende anerkennt, hielt er sich dennoch verpflichtet, der offenen Wundbehandlung eine andere zu substituiren.

Er substituirte eine Wundbehandlung, bei welcher wie beim Lister'schen Verfahren die Wundheilung per primam intendirt wird, wodurch das raschere Eintreten der Heilung wesentlich gefördert werde.

Dieselbe besteht im Wesentlichen darin, dass der Wundfläche die Form gegeben wird, welche die möglichst beste Vereinigung der Wundränder gestattet. Ferner werden die blutenden Gefässe mit Catgut unterbunden, um die Eiterung an den Gefässen zu verhüten. Um an den Wundflächen reichliche Exsudation hervorzurufen, was für die feste Vereinigung der Wundränder wichtig ist, werden dieselben mit 4—8 Percent Clorzinklösung bestrichen. Weiter wird die Vereinigung der Wunde erst dann vorgenommen, wenn keine Nachblutung mehr eintritt. Aus Hohlräumen sucht man die Secrete durch Drainageröhren auf kürzestem Wege zu entfernen. Um zu verhüten, dass beim Verbandwechsel das mit Secreten imprägnirte Verbandmaterial der Haut anklebt, wird auf die Wundfläche ein in Wachs getränktes Seidenpapier gelegt. Die genaue Vereinigung der Wundränder wird zuletzt durch Baumwolle, Jute, Heftpflasterstreifen erzielt.

Sitzung vom 16. Februar 1877.

Prof. Weinlechner stellt mehrere Kranke vor, zunächst einen Kranken, bei welchem sich vor drei Jahren in der Gegend des äusseren Gehörganges unter dem Antitragus eine erbsengrosse pulsirende Geschwulst entwickelt hatte. Im heurigen Sommer traten Blutungen auf und diese bewogen den Kranken sich zu der früher verweigerten Operation zu entschliessen. Zuerst versuchte W. die Unterbindung und Umstechung der zuführenden Gefässe mit nachfolgender Aetzung mit Eisenchlorid. Da darnach die Blutung nicht sistirte, so entschloss sich W., zumal da auch in der Gegend der Ohrmuschel Gefässektasien vorhanden waren, zur Unterbindung der Carotis communis. Nach acht Tagen wurde der Kranke vollständig geheilt entlassen.

Hierauf macht W. einige Bemerkungen zu dem in der vorigen Sitzung gehaltenen Vortrage des Herrn Hofrathes v. Dumreicher. W. meint, dass der Dumreicher'sche Verband durch Desinfection wirke und zwar nur dann, wenn die Heilung per primam erfolgt. Geschieht dies nicht und bleibt der Verband längere Zeit liegen, so muss nothwendiger Weise der Verband einen üblen Geruch bekommen und Luftzutritt statthaben. Letzteres Moment sei nicht gleichgiltig, wie v. Dumreicher glaubte, sondern sei wesentlich für das Entstehen von accidentellen Wundkrankheiten, was er an mehreren Beispielen zeigt, in welchen das Auftreten dieser nicht von der Individualität des Kranken und den äusseren Verhältnissen, sondern einzig und allein von dem Zutritte der Luft zu der Wunde abgeleitet werden kann. Er weist ferner darauf hin, dass bei grösseren Operationen, eben wegen der dabei gewöhnlich eintretenden Heilung der gesetzten Wunde per secundam die v. Dumreicher'sche Methode keine besonderen Erfolge zu verzeichnen haben werde. Während W. bei 6 Oberschenkel-, 9 Unterschenkel- und mehreren kleineren Amputationen nur 2 Fälle tödtlich verliefen, starben von 3 nach v. Dumreicher's Methode Amputirten 2 an Pyämie. Demnach halte er den modifi-

Digitized by Google

cirten Occlusivverband v. Dumreicher's für einen Verband, welcher die Heilung per primam fördere, aber dem Lister'schen Verbande dann nachstehe, wenn diese nicht eintritt, wegen Mangels einer nachhaltigen Desinfection. Er halte daher dafür, dass das Bestreben der Chirurgie jetzt dahin gerichtet sein müsse, die complicirte Lister'sche Methode möglichst zu vereinfachen, um ihre allgemeine Anwendung zu ermöglichen.

Hofrath v. Dumreicher erwidert darauf, dass der verderbliche Einfluss der Luft auf die Wunde durchaus nicht erwiesen sei, und dass stringente Thatsachen, besonders die äusserst günstigen Erfolge der offenen Wundbehandlung das Vorhandensein eines solchen kaum annehmen lassen. Dagegen sei der Einfluss des Allgemeinbefindens des Individuums im weitesten Sinne des Wortes vom grössten Belange für den Wundverlauf. Denn wenn schon, wie jeder erfahrene Chirurg zugeben müsse, ein einfacher Gastricismus eine bedeutende Veränderung an einer eiternden Wunde hervorrufe, einen um wie viel grösseren Einfluss müsse man dann der Individualität und den jeweiligen Innervationsverhältnissen zuschreiben.

In Bezug auf den Vergleich, welchen W. zwischen den Resultaten, welche v. D. nach seiner und W. nach Lister's Methode bei Amputationen erzielte, angestellt hat, bemerkt v. D., dass, wenn überhaupt die Statistik in dieser Angelegenheit massgebend wäre, man jedenfalls der offenen Wundbehandlung den Vorzug vor jeder anderen zuerkennen müsste, da Berrend unter Anwendung dieser bei 123 grossen Amputationen nur 7, bei 50 Brustexstirpationen keinen Todesfall hatte.

Gegen die Behauptung W.'s, dass v. D.'s Methode nur dann von Erfolg begleitet sei, wenn die Heilung per primam erfolge, führt v. D. an der Hand mehrerer Fälle an, dass er, wenn die Heilung der Wunde per priman nicht erfolge, den Verband öffne, die Wunde wieder mit Chlorzinklösung bestreiche, den Druckverband abnehme, und auf diese Weise die Wundheilung erziele.

Prof. v. Bamberger: Ueber Doppelton und Doppelgeräusch in der Arteria cruralis.

Nachdem v. B. das Historische dieses Gegenstandes dargelegt und auf die verschiedenen Erklärungen dieser Erscheinung, wie sie von Durozier, dem ersten Beobachter derselben, Traube, Gerhardt und Landois gegeben wurden, hingewiesen, geht er an die Erörterung seiner eigenen diesbezüglichen Beobachtungen.

Es fand sich bei dem ersten der 10 von B. hierauf untersuchten Fälle von Aorteninsufficienz an der Cruralis ein heftiger, schnellender Stoss. Bei der Auscultation hörte man im ersten Momente einen scharfen kurzen Ton und an demselben ein leichtes Geräusch, im zweiten Momente war zu verschiedenen Zeiten die Erscheinung verschieden. In der Mehrzahl der Fälle hörte man in diesem Momente nichts, manchmal ein schwaches, einen leisen Hauch darstellendes Geräusch, zu gewissen Zeiten hörte man einen deutlichen Ton. War ein solcher zu hören, so war der Rhythmus folgender: Zuerst hörte man einen starken Ton und an demselben ein Geräusch, dann kam eine kleine Pause, hierauf der zweite schwächere Ton und dann wieder eine Pause, worauf wieder der erste starke Ton gehört wurde.

Die sphygmographische Aufnahme des Pulses an der Cruralis, welche mit den Apparaten von Marey und Sommerbrodt vorgenommen wurde, ergab mit beiden Apparaten fast in ganz gleicher Weise eine steil ansteigende Ascensionslinie, in der Descensionslinie in der Mitte eine plötzliche Unterbrechung und darnach eine Elevation in derselben, worauf sie in grossen Bogen die Basis der Curve erreichte.

Digitized by Google

Es war schon a priori wahrscheinlich, dass diese beiden Erscheinungen, die secundäre Erhebung im katakroten Theile der Curve und der zweite Ton an der Cruralis in dasselbe Zeitmoment fallen und demnach dieselbe Ursache haben dürften. Es war jedoch nothwendig, sich hievon positiv zu überzeugen. Hiezu wurde auf der Cruralis der einen Seite der Marey'sche Sphygmograph befestigt, so dass derselbe deutliche Excursionen machte, auf der anderen Cruralis wurde das Hörrohr aufgesetzt und die Ohrplatte desselben durch einen elastischen Schlauch mit dem Rohre verbunden, um in der Bewegung des Kopfes beim Auscultiren nicht gehindert zu sein. Man konnte so die Excursion des Sphygmographen verfolgen, dabei auscultiren und sich überzeugen, welchem Momente der Herzcontraction das in jedem Momente Gehörte entsprach. Dabei zeigte sich Folgendes: Während der steil ansteigenden Ascensionslinie hörte man den ersten Ton und das Geräusch, sowie der Hebel den Gipfel erreichte, trat die Pause ein und der zweite kürzere Ton entsprach der Erhebung in der katakroten Linie. Es sind also beide Erscheinungen vollständig isochron und haben demnach dieselbe Ursache.

Was nun die Befunde in den übrigen 9 Fällen anbelangt, so fand sich ein Doppelton in keinem derselben, ein spotanes zweites Geräusch wurde nur in drei Fällen gehört, in den übrigen sechs Fällen war ohne besonderen Druck im zweiten Momente nichts zu hören; sowie man stark aufdrückte oder mit dem Finger über oder unter der Auscultationsstelle einen Druck ausübte, erschien ein schwächeres Geräusch in diesem Momente.

v. B. bespricht nun kritisch die von Traube, Gerhardt und Landois aufgestellten Erklärungen dieser Erscheinung, zeigt, dass dieselben gänzlich unhaltbar seien und kommt zu dem Schlusse, dass die in Rede stehende Erscheinung sich nur durch die Durozier'sche Theorie erklären lasse.

Betrachtet man nämlich die gesammten Erscheinungen, so sieht man sofort, dass es sich nur um die Erklärung der secundären Zacke im katakroten Theile der Curve und des mit ihm isochronen Tones, resp. Geräusches handelt. Man wäre anfangs geneigt, an die normale Rückstosselevation zu denken. Dies geht jedoch nicht an, erstens weil diese niemals, auch nicht bei sehr hypertrophirtm linken Ventrikel bei Schrumpfniere zu einem Tone Veranlassung gibt, zweitens, weil ja gerade bei der Aorteninsufficienz diese Rückstosselevation eben wegen der Schlussunfähigkeit der Klappen schwächer ausfallen muss. Handelt es sich nicht um eine Rückstosselevation, so kann es sich, weil wir andere Momente, welche zur Bildung dieser Zacke im katakroten Theile der Curve beitragen könnten, nicht kennen, nur um eine rücklaufende Welle handeln, wie dies Durozier schon angegeben hat. Dass eine solche rücklaufende Welle vorhanden ist, ist selbstverständlich, dass sie einen Ton hervorrufen kann, kann nicht bezweifelt werden. Die Verschiedenheiten in der Erscheinung lassen sich durch diese Annahme sehr gut erklären. Ist die rücklaufende Welle mächtig, so entsteht ein Ton, ist sie schwächer, so kann ein Geräusch dadurch hervorgerufen werden, ist sie unbedeutend, so wird nur bei Erhöhung der Spannung des Gefässes die rücklaufende Welle Schwingungen erzeugen können, welche ein Geräusch produciren.

Was nun den Umstand anbelangt, dass man das Geräusch nur in der Cruralis und sehr selten auch in der Axillaris (Friedreich) hört, während es in den anderen grossen Arterien, Carotis, Subclavia nicht gehört wird, so lässt sich dies sehr leicht nach dieser Theorie begreifen. Es bietet nämlich die Cruralis wegen ihres geraden langgestreckten Verlaufes, auf welchem sie nur wenige Aeste abgibt, viel günstigere Bedingungen für die Bildung einer starken rücklaufenden Welle als jede andere Arterie. Dieser am nächsten steht in dieser Beziehung die

Digitized by Google

Axillaris, in welcher auch in der That in sehr seltenen Fällen das Geräusch gehört wurde.

Diese Erscheinung hat somit eine hohe Wichtigkeit für die Aorteninsufficienz, und wenn auch in den meisten die Diagnose dieser Erkrankung schon aus anderen Momenten mit Sicherheit gestellt werden kann, muss ihr dennoch eine pathologische Dignität zugesprochen werden in den Fällen, wo, wie dies v. B. selbst zweimal beobachtete, wegen ausgebreiteten und intensiven pericardialen Reibens die endocardialen Geräusche nicht gehört werden können.

175. Berliner medic. Gesellschaft. Sitzung vom 8. November 1876. **M. Litten: Mittheilung über einen eigenthümlichen Blutbefund.**

Die Beobachtung wurde an einem 20jährigen, anämischen, abgemagerten Kellner gemacht, welcher an grossen Drüsenpaketen im Abdomen litt, die sich zu beiden Seiten der Wirbelsäule vom Zwerchfell bis unterhalb des Promontoriums erstreckten. Man konnte dieselben für ein Lymphosarcom halten; daneben aber deuteten Husten mit Auswurf und profuse Diarrhoen auf Phthise. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab eine Verminderung der rothen Blutkörperchen, welche kleine Kügelchen bildeten; die weissen gehörten den grösseren Formen an von 12—18 Mikromillimeter Durchmesser. Sie besassen einen hyalinen Rand, welcher eine Fortsetzung in's Innere schickte und zeigten innen Granula mit Kernen. Wenn man mit Max Schultze fein und grob granulirte weisse Blutkörperchen unterscheidet, so gehörten die beobachteten der letzten Gruppe an. — Diese Erscheinungen blieben lange constant. Die Darm- und Lungenerscheinungen nahmen indessen allmälig überhand, und stellte sich starke Indicanausscheidung ein in Folge von Reizung des Peritoneum. 5 Tage vor dem Tode entwickelte sich ein Lungenödem, welches eine Venaesection nöthig machte. Die letzten Blutstropfen wurden unter's Mikroskop gebracht und ergaben ein völlig überraschendes Bild, da der Befund gar nicht mehr an Blut erinnerte. Man sah kleinste, 1 Mikromillimeter grosse, in lebhafter Bewegung befindliche rothe Molecüle, an welchen ein Ausstrecken von Fortsätzen nicht bemerkbar war. Dazwischen fanden sich einzelne rothe Blutkörperchen von gewöhnlicher Form und Grösse und einzelne grosse Scheiben von 15 Mikromillimeter Durchmesser. Die nur eine Stunde später wiederholte Untersuchung ergab absolut normales Blut und blieb dasselbe normal bis zum Tode. Bei der Section fand sich Lungen- und Darmphthise mit miliaren Tuberkeln. Im Knochenmark nichts Wesentliches, nur in der Diaphyse des Femur eine rothbraune, gallertige Masse, wie man sie bei anämischen Zuständen öfter sieht. In der Leber rothe Atrophie neben dem Gelb der Muskatnussfarbe. Was die Erklärung dieses merkwürdigen Befundes betrifft, so glaubte Redner zuerst an eine präagonale Blutzersetzung. Indessen musste dieser Gedanke aufgegeben werden, da das Blut bald zur Norm zurückkehrte und der Tod erst 6 Tage später erfolgte. Auch dass das Lungenödem die Ursache sei, musste fallen gelassen werden, da man sonst bei Oedem nichts ähnliches beobachtet. Max Schultze hat einen bei 52 Gr. C. eintretenden Zerfall des Blutes beschrieben, wobei die Körperchen in Partikel sich auflösen. Diese Temperatur wird im menschlichen Körper nie erreicht. — Bei perniciöser Anämie kommen ganz ähnliche Gebilde vor; ebenso kommen bei Krankheiten, welche mit Blutergüssen in die Haut einhergehen, z. B. bei Scorbut, Mikrocyten im Blute vor. Hayem hat dieselben bei chronischer Anämie im Blut gefunden und zwar von der Grösse von 2 Mikromillimetern, doch kamen sie nie so vorherrschend vor, wie im vorliegenden Falle. Es steht derselbe demnach vereinzelt da und ist vorläufig nicht zu erklären.

Herr O. Simon: Bei Gelegenheit eines Verbrennungstodes habe ich eine Blutuntersuchung gemacht und ähnliches gefunden. Man sah kleinste Blutkörper-

Digitized by Google

chen, welche einen förmlichen Wirbeltanz ausführten, und zwar wiederholte sich diese Erscheinung an allen Präparaten. Es dürfte dies demjenigen entsprechen, was als Einwirkung höherer Temperatur auf den Organismus beschrieben ist.

Herr Litten: Bisher ist bei keinem hohen Fieber, selbst nicht bei dem präagonalen von 43 Gr. C. ähnliches gesehen. L. selbst hat sich viel mit Blutveränderungen beschäftigt, aber auch bei 45 Gr. keinen Zerfall der Blutkörperchen beobachtet. —

Herr v. Langenbeck: Kleine Mittheilung. Die Atonie der Harnblase, welche sich so häufig im späteren Lebensalter entwickelt und zwar in Verbindung mit Hypertrophie der Prostata ist Ihnen allen bekannt. Die Patienten lassen Urin, aber in geringer Menge, und entleeren die Blase niemals vollständig. Die Folge davon ist eine Zersetzung des Urins in der Blase, ein Blasenkatarrh. Bei diesem Leiden habe ich in neuester Zeit in 3 Fällen hypodermatische Ergotin-Injectionen gemacht und auffallende Erfolge gesehen. In allen Fällen steigerte sich sofort die Contractilität der Blase, so dass die Patienten mehr Urin entleerten. Nach einigen Tagen war die Kraft der Blase so vermehrt, dass nur noch wenig Urin in derselben zurückblieb. Der letzte Fall betraf einen 62jährigen Herrn, welcher täglich 3—4 Mal urinirte, jedesmal nur 30 Gramm; wenn man aber einen Katheter einführte, so entleerte man über $^1/_2$ Liter Urin. Es wurde am ersten Tage eine Ergotininjection gemacht von 0,12 Grm. Extr. Secal. cornut. der Bonjean'schen Lösung. Schon am selben Tage behauptete Pat. besser uriniren zu können und nahm die gleichzeitig vorhandene Hypertrophie der Prostata, wenn ich mich nicht sehr getäuscht habe, erheblich ab. Nach 4 Injectionen war die Blasenatonie beseitigt. Den gleichzeitig angewandten Mitteln, Einreibung von Jodkaliumsalbe in's Rectum und Perinaeum, sowie Gebrauch von Vichy-Wasser kann ich diese Wirkung nicht zuschreiben, da schon nach 2 Injectionen ein Erfolg zu constatiren war.

Herr Israel: Den Beobachtungen des Herrn Vorredners möchte ich eine weitere aus dem jüdischen Krankenhause anreihen. Bei einem Pat. mit Blasenkatarrh und Prostatahypertrophie haben wir ebenfalls Ergotin-Injectionen gemacht, und besserte sich das Leiden wesentlich, vielleicht durch Verkleinerung der Prostata. In einer Beziehung war jedenfalls ein auffallender Unterschied bemerkbar: der Patient entleert nur alle 3 Stunden Urin, während er vorher alle 10 Minuten Harndrang verspürte. Eine weitere Behandlung ist nicht angewandt. Diese Wirkung ist entweder aus einem Einfluss auf die Musculatur der Harnblase oder aus einer Verengerung der Plexus prostatici zu erklären, welche die Prostata umspinnen; es könnte dadurch die Passage durch die Pars prostatica urethrae erleichtert werden.

Herr v. Langenbeck erinnert sich des Falles, den er zu den vorher erwähnten nicht hinzugezählt hat.

Sitzung vom 1. November 1876. Henoch: Casuistische Mittheilungen.

Ich möchte Ihnen heute zunächst einen Fall von einer eigenthümlichen Nachkrankheit des Abdominaltyphus mittheilen. Derselbe betrifft ein neunjähriges Mädchen, welches am 3 December 1874 in meine Abtheilung in der Charité aufgenommen wurde, bis zum 27. Januur 1875 dort blieb und geheilt entlassen wurde. Ueber die Anamnese dieses Kindes liess sich nur feststellen, dass es seit 4 Wochen fieberte, seit 2 Wochen in ärztlicher Behandlung war, und die Diagnose seitens des Arztes auf Abdominaltyphus gestellt worden war. Als das Kind nun in die Klinik kam, war das Fieber bereits gesunken. und wir beobachteten mehrere Tage

Digitized by Google

hindurch meistens eine absolut normale Temperatur. Nur zu Zeiten zeigte sich noch immer fieberhaftes Aufflackern, wobei die Temperatur einmal bis auf 39,8 stieg. Diese Erscheinung war indess nicht mehr die Folge des typhösen Processes, sondern bedingt durch das Auftreten zahlreicher Abscesse in der Kopfhaut, wie sie nicht selten nach Ileotyphus vorkommen. Bis zum 13. December, also binnen 10 Tagen, waren auch diese Abscesse geheilt und das Kind blieb fieberlos. Es bestand nur noch eine hochgradige Schwäche und eine extreme Macies, welche den Eindruck machte, als sollte das Kind bald den Folgen seiner Krankheit erliegen. Noch immer zeigte sich der foliginöse Belag der Zähne und der Zunge, Koryza und Bronchialkatarrh. Besonders auffallend aber erschien ein sehr beträchtliches Oedem der Augenlider, wobei sich niemals eine Spur von Albumen im Harne fand. Die Sache wurde noch auffallender dadurch, dass bei der Untersuchung des Unterleibs derselbe kugelig hervorgewölbt erschien, was, wie Palpation und Percussion ergab, durch einen ziemlich hohen Grad von Ascites bedingt war. Im Uebrigen waren keine krankhaften Erscheinungen bemerkbar und alle Organe functionirten in normaler Weise. Einige Tage darauf fand sich auch ein beträchtliches Oedem der Hände, während die Füsse immer frei blieben. Wir behandelten das Kind roborirend; es bekam Chinadecoct mit Rothwein, wurde gut genährt, und unter dieser einfachen Behandlung nahmen die hydropischen Erscheinungen auffallend schnell ab. Schon am 8. December war das Oedem der Hände geschwunden, das Abdomen nur noch wenig hervorgetrieben. Am 16. hatte der Ascites sehr erheblich abgenommen, und bis zum Anfang Januar war derselbe vollständig geschwunden. Das Kind konnte am 27. Januar völlig geheilt entlassen werden. Wir haben hier also einen Fall von Abdominaltyphus, dessen Nachkrankheit eine Wassersucht bildete, und zwar nicht blos Oedem, sondern auch Ascites. In der Literatur des Typhus wird diese Nachkrankheit als eine Seltenheit bezeichnet. Griesinger macht indess die Bemerkung, dass es Epidemien gegeben habe, bei welchen das Auftreten von Hydropsien in grösserer Ausdehnung beobachtet worden sei. Auch in dem grossen Werke von Rilliet und Barthez findet sich die Bemerkung, dass sie nach Ileotyphus zuweilen eine solche Hydropsie ohne Albuminurie beobachtet haben, welche sie nur als eine Folge von Schwäche erklären. Meiner Ansicht nach muss man an drei Möglichkeiten denken, erstens an eine Anaemie oder Hydraemie, wodurch eine Transsudation leichter zu Stande kommt; zweitens — und das scheint mir eine Hauptbedingung des Zustandes zu sein — an die Herzschwäche, welche im Gefolge des Ileotyphus auftritt. Die anatomischen Verhältnisse dieser Krankheit, die moleculären Veränderungen der drüsigen Organe, der Nieren, Leber, Muskeln und des Herzens sind jüngst von Hoffmann einer genauen Untersuchung unterworfen worden. Auch beim Typhus zeigt sich die eigenthümliche fettige Infiltration der Muskelfasern, die höchst wahrscheinlich viel dazu beiträgt, den allgemeinen Schwächezustand und speciell die Schwäche des Pulses zu unterhalten, und die noch in der Reconvalescenz des Typhus Stauungen im venösen System des Körpers begünstigen muss. Es wäre also denkbar, dass auf diese Weise Hydropsien durch Schwäche des Herzmuskels zu Stande kommen. Drittens scheint mir dieser Fall auch geeignet, die Veränderungen, die man in der Leber gefunden hat, mit dem Transsudat in der Bauchhöhle in Beziehung zu bringen. Es wäre wohl denkbar, dass durch die sogenannte trübe Schwellung der Leberzellen ein Druck auf die feinsten Aeste der Pfortader ausgeübt und dadurch eine Stauung der Peritonealvenen bedingt wird, welche unter dem begünstigenden Einflusse der Herzschwäche einen Ascites herbeiführen kann.

Herr Körte: Es drängt sich hier die Frage auf, ob nicht vielleicht eine tuberculöse Peritonitis vorgelegen haben kann.

Digitized by Google

Herr Henoch: Dass ich an die Möglichkeit des Vorhandenseins einer tuberculösen Peritonitis in diesem Falle gedacht hatte, kann ich versichern. Zwar fehlte Schmerzhaftigkeit des Unterleibs durchweg, doch möchte ich auf dieses Symptom nicht zu viel geben. Dass hier indess keine chronische Peritonitis vorlag, ergibt sich aus dem Verlauf. Eine Heilung einer wirklichen tuberculösen Peritonitis habe ich wenigstens nie gesehen. Ausserdem möchte ich darauf aufmerksam machen, dass gerade das begleitende Oedem des Gesichts und der Hände schwerlich von einer peritonitischen Affection abhängig gemacht werden konnte. Ausserdem bot das Kind alle Erscheinungen des überstandenen Typhus dar.

Sitzung vom 3. Januar 1877. Referat der deutschen Ztschr. für prakt. Heilk. 1877. Dr. Goltdammer: Ueber Darmblutungen bei Ileotyphus. Bedeutendere Darmblutungen hält auch G. als prognostisch von übler Bedeutung. Verf. hat aber doch auch solche Blutungen bei vollsaftigen Personen in der dritten Typhuswoche gesehen, welche, abgesehen von der momentanen, dadurch bewirkten Temperaturabnahme, ihm den Beginn der Besserung darzustellen schienen. Eine Vermehrung der Darmblutungen durch die Kaltwassercur konnte G. nicht bemerken. Auch träten die Darmblutungen fast nie im oder kurz nach dem Bade und nur in einer verschwindend kleinen Anzahl von Fällen innerhalb 12 Stunden nach dem Bade ein. Was die Therapie der Darmblutungen anlange, so verwende er neben Ruhe und Eis in neuerer Zeit weniger den Liquor. ferri sesquichlorati, sondern Extract Secal. und in der ersten Zeit nach der Blutung Opiumpräparate, um die Peristaltik zu sistiren.

Dr. B. Fränkel macht auf ein bisher nicht erwähntes ursächliches Moment aufmerksam, durch welches eine Vermehrung der Häufigkeit von Darmblutungen bei Anwendung von Bädern erklärt werden könne, nämlich die mechanische Einwirkung des Bades als solches auf die Respiration und Circulation. Bei der Inspiration im Bade müsse eine gewisse Wassermasse gehoben werden, die, da Mund und Nase sich ausserhalb des Wassers befänden, den Thorax etc. einseitig von aussen belaste. Die Inspiration werde dadurch erschwert; namentlich würde die Bewegung des Zwerchfelles behindert, wodurch im Bade der Typus der Respiration ein costaler werde. Die Exspiration dagegen werde erleichtert, Durch die Erschwerung der Inspiration werde die Aspiration, die dieselbe auf den Ausfluss der Venen in das rechte Herz ausübe, verringert, folglich eine venöse Stauung gesetzt, umgekehrt durch die Erleichterung der Exspiration das Einströmen des Blutes aus dem linken Herzen in die Arterien erleichtert werden. Letzterer Umstand könne für die Circulation überhaupt die venöse Stauung compensiren, nur käme er im Gebiete der Arterien, welche das Wurzelgebiet der vena portarum speisen, weniger zur Geltung. Auf dem Unterleibe mit seinen weichen Wandungen lastet der Druck des Wassers besonders stark und müsse diesen das in die Arteria meseraica einströmende Blut überwinden. Es könne deshalb auf diese Weise durch die machanische Wirkung des Bades eine Hyperämie im Pfortadersystem zu Stande kommen, welche bei der vorhandenen hämorrhagischen Disposition etc. im Typhus auch wohl einmal Darmblutungen zu erzeugen im Stande sei. Auf die mechanischen Wirkungen des Bades seien vielleicht auch andere Erscheinungen zu beziehen, die auf Druckschwankungen in den Gefässen hindeuten, nämlich vorübergehender leichter Icterus und auch Albuminurie und vermehrte Harnabsonderung, welche Erscheinungen nach protrahirten, allerdings meist kalten Bädern beobachtet worden seien.

Rath Prof. Leyden hat keine Vermehrung der Häufigkeit des Vorkommens von Darmblutungen bei der Kaltwasserbehandlung beobachtet. Dagegen glaubt er, dass die Häufigkeit der Recidive bei dieser Behandlung sich vermehre. Da er die Bewegung der Kranken bei den Bädern für die Hauptveranlassung hält, durch die

Digitized by Google

eine Darmblutung möglicherweise veranlasst werden könne, so lässt er dann, wenn die Darmblutungen hauptsächlich zu befürchten sind, zur Zeit der Abstossung der Schörfe, überhaupt nicht baden. Er hält stärkere Darmblutungen fast immer für ein ungünstiges Zeichen und die anscheinende Besserung nach solchen lediglich als zeitlich mit denselben zusammenfallend. In Bezug auf die Therapie verwirft er die Anwendung der Opiumpräparate. Die Entleerung des Darms von dem ergossenen Blut und die Contraction seiner Wandungen — für die Stillung der Blutung günstige Momente — werden durch Sistirung der Peristaltik behindert. Er gibt mit Vorliebe und gutem Erfolg Liquor. ferri sesquichlorati in kleinen rasch auf einanderfolgenden Dosen, bis die Farbe der Faeces die Einwirkung des Eisens erkennen lässt.

Prof. Henoch bestätigt die Seltenheit des Vorkommens von Darmblutungen im kindlichen Alter. Er hat Recidive des Typhus bei denjenigen Fällen, die er mit kaltem Wasser behandelte, weniger häufig eintreten sehen, als bei den ohne solches behandelten.

Sitzung vom 10. Januar 1877. Originalbericht der deutschen Zeitschr. für prakt. Heilkunde. Dr. Goltdammer demonstrirt die Tibia eines Knaben, welche deutlichste Osteomyelitis zeigt. Der Patient hatte acht Tage vor der Erkrankung beim Turnen einen schweren Fall erlitten, unbekannt ob auf die Tibia. In der zweiten Woche seiner Krankheit wurde er mit der Diagnose Typhus in Bethanien eingeliefert und zeigte in der That ein typhoides Bild (auch einen Milztumor). Im Krankenhause wurde aber die Diagnose auf Osteomyelitis gestellt, weil sich eine Anschwellung über der Tibia, welche auf Druck trotz der Benommenheit des Sensorium die lebhaftesten Schmerzensäusserungen hervorrief, nachweisen liess. Die Annahme, dass diese Periostitis nicht eine zufällige Complication, sondern der Ausdruck einer Osteomyelitis sei, wurde durch das Fehlen der Roseola und die ungewöhnlich weite Verbreitung der vorhandenen Bronchitis unterstützt. Der Verlauf bestätigte die Diagnose. Es trat Pneumonie und Pleuritis, Anschwellung des Schultergelenks und Parotitis auf und in der dritten Woche erfolgte der Tod. Die Section ergab: Osteomyelitis der Tibia, Embolie in den Lungen, Eiter im Schultergelenk, fettige Degeneration des Herzens, parenchymatöse Schwellung von Leber und Nieren, eitrige Parotitis u. s. w.

Dr. Ewald demonstrirt sein „leichtes Verfahren, den Gasgehalt der Luft eines Pneumothorax und damit das Verhalten der Perforationsöffnung zu bestimmen“. Der Gehalt der Gase des Pneumothorax steht an Kohlensäure zu dem an Sauerstoff in umgekehrtem Verhältniss, und wenn die Perforationsöffnung bleibt, so findet sich verhältnissmässig wenig Kohlensäure — 5%, bei geschlossener Perforationsöffnung aber viel Kohlensäure (mehr wie 10%) darin. Denn bei geschlossener Perforationsöffnung wird der Sauerstoff allmälig resorbirt, während er bei Offenbleiben der Perforationsöffnung fortwährend neu zutritt. Zwischen den Analysen, die über 10% Kohlensäure und jenen, die nur 5% und darunter ergaben, fanden sich freilich auch einige, die zwischen 5 und 10% zeigten, und aus denen in Bezug auf das Offensein der Perforationsöffnung kein Schluss gezogen werden kann. Es gibt also die Analyse der Gase des Pneumothorax einen wichtigen diagnostischen Fingerzeig über das Verhalten der Perforationsöffnung. Findet sich 10% Kohlensäure und darüber, so kann man annehmen, dass dieselbe geschlossen ist, findet sich 5% und darunter, so ist sie offen. Das Verhalten der Perforationsöffnung welches aus der physikalischen Untersuchung etc. nicht erschlossen werden kann, ist aber für die Therapie von Bedeutung. Bei Offenbleiben derselben kann nämlich eine Punction nur als Indicatio vitalis oder um das Verdrängen der Nachbarorgane zu verringern oder zu ähnlichen immer nur palliativen Zwecken gemacht werden, während bei Verschluss derselben das operative Verfahren Aussicht auf voll-

Digitized by Google

kommene Heilung des Pneumothorax mit Wiederausdehnung der Lunge gewährt. Es kam also darauf an, ein leichtes Verfahren zu finden, den Kohlensäuregehalt der Pneumothoraxgase zu bestimmen. Ewald macht zu diesem Zwecke eine Probepunction und saugt eine Spritze voll Gas aus. Dasselbe wird in eine Burette eingeleitet, die mit Salzlösung gefüllt und umgekehrt in ein mit derselben Lösung gefülltes flaches Gefäss eingestellt ist. Nachdem das Gas in der Salzlösung aufgestiegen ist und sich erwärmt hat, wird sein Volumen bestimmt. Darauf wird ein kleines Stückchen kaustisches Kali in die Burette hineingebracht, dieselbe mit dem Finger verschlossen und umgekehrt. Das Kali klebt nun am anderen Ende fest und kommt, wenn die Burette wiederum umgedreht wird, mit dem Gas in Berührung, dem es die Kohlensäure entzieht. Wird nun die Burette wieder in ihre Position gebracht und der Finger entfernt, so tritt ein Theil der in dem Gefässe befindlichen Flüssigkeit in dieselbe anstatt der absorbirten Kohlensäure ein. Das Gas hat nun ein geringeres Volumen, welches wiederum abgelesen wird. Die Rechnung ergibt aus den Unterschieden der beiden Volumen des Gases das Volumen der absorbirten Kohlensäure und den procentischen Gehalt des Gases an CO_2.

In der Sitzung vom 8. November 1876 demonstrirt Hirschberg seine laryngoskopische Untersuchungsmethode mittelst eines rechtwinkligen, hinter dem Sehloch des Reflectors angebrachten Prismas, wodurch die Umkehrung des gewöhnlichen Spiegelbildes aufgehoben und dem Beobachter der Eindruck gewährt wird, als sehe er von hinten her in den Kehlkopf des Untersuchten hinein. Die von B. Fränkel erwähnten Nachtheile dieses Verfahrens sind, dass es das Spiegelbild zwar in normaler Lage zeigt, die Verhältnisse der Mundhöhle, des Pharynx etc. aber umgekehrt, so dass die rechte Seite zur linken wird; man müsse daher bei Einführung von Instrumenten bis zum Erscheinen derselben im Spiegel am Reflector vorbeisehen. Weitere Nachtheile seien: die verminderte Lichtintensität, endlich die Unmöglichkeit, binocular zu sehen, Uebelstände, die indessen durch die Anwendung starker Lichtquellen und zweier Prismen beseitigt werden könnten. Weiterhin bespricht Hirschberg sein Verfahren, vergrösserte Larynxbilder zu erhalten. Er verwendet für schwache Vergrösserungen seine prismatische Larynxloupe, ein statt des gewöhnlichen Spiegels eingeführtes Prisma, dessen untere concave Kathetenfläche das von der Hypotenusenfläche reflectirte Bild entwirft; für stärkere Vergrösserungen dient sein nach dem Princip des Kepler'schen Fernrohrs construirtes Laryngomikroskop, das eine ca. 8fache Vergrösserung eines $^1/_2$''' grossen Larynxabschnittes liefert. Fritsche.

176. Verein deutscher Aerzte in Prag. Prof. Klebs über Kuhpockenimpfung.

Eine gute Lymphe muss 1. vollkommen klar sein, blassgelb und ein zartes Faserstoffgerinnsel enthalten. Indem das letztere gerade in der besten Lymphe sich sehr stark contrahirt, kann es die sämmtlichen übrigen körperlichen Bestandtheile der Lymphe so vollständig in sich einschliessen, dass die Wirksamkeit des Lymphserums hiedurch beeinträchtigt oder gleich Null wird. Mit der Lymphe muss daher aus dem Röhrchen durch Ausblasen unbedingt das Faserstoffgerinnsel mit entleert werden.

2. Gute Lymphe muss einen Brechungsexponenten von 1,345—1,355 haben. Derselbe ist leicht mittelst des Abbé'schen Refractometers festzustellen. Die Lymphe ist daher ebenso concentrirt wie pericardiale und Pleura-Flüssigkeit. Ein stärkerer Brechungsexponent lässt den Zusatz stärker brechender Substanzen z. B. Glycerin oder Salicylsäure erkennen. So zeigte eine mit Salicylsäure zur Conservirung versetzte Lymphe in einer Probe 1,375; in einer zweiten 1,395. Die erstere

Digitized by Google

war trotzdem faulig geworden, hatte also einen nicht genügenden Salicylsäure-Zusatz erhalten.

3. Von zelligen Bestandtheilen dürfen nur spärliche weisse und rothe Blutkörperchen in der Lymphe vorhanden sein, die letzteren fehlen fast niemals und stellen ein werthvolles Zeichen für die Herkunft der Lymphe dar, indem an der verschiedenen Grösse derselben sich nachweisen lässt, ob die Lymphe vom Menschen oder vom Rinde abstammt.

4. In jeder Lymphe müssen Mikrococcen, der von dem Vortragenden als Mikrosporon variolae oder vaccinae bezeichnete Schistomycete vorhanden sein und zwar dürfen diese Körper nur in geringer Menge gefunden werden, entweder vollkommen in dem Gerinnsel eingeschlossen, oder auch in kleinen, unregelmässig gestalteten Gruppen in der Flüssigkeit vertheilt. In manchen Formen der Lymphe, welche sich als durchaus wirksam erwiesen haben, finden sich auch grössere Mikrococcen-Ballen, welche höchstens mit den septischen Mikrococcen verwechselt werden können. Bei genauerer Betrachtung und Messung unter der Anwendung stärkerer Vergrösserungen (600—800) ist auch hier die Differentialdiagnose leicht. Der Durchmesser eines solchen Körnchens beträgt durchschnittlich 1·2 μ, während derjenige der septischen Mikrococcen unter 1 μ bleibt. Ferner aber vermissen wir bei reichlicher Anwesenheit der Mikrococcen, namentlich in der Umgebung der Ballen niemals die Anwesenheit von Ketten von Mikrococcen, die gewöhnlich mehrfache Verzweigungen bilden, oft vielfach durcheinander geknäuelt sich vorfinden, eine Erscheinung, welche bei dem Mikrosporon septicum niemals vorkommt und höchstens verwechselt werden kann mit ruhenden Ketten, welche bei den monadistischen, namentlich erysipelatösen Processen vorhanden sind. Allein von den letzteren ist die Unterscheidung deshalb leicht, weil bei Berührung mit Luft die in erysipelatösen Flüssigkeiten enthaltenen Stäbchen, Ketten und Kügelchen stets lebhafte Bewegungen zeigen. Das Mikrosporon vaccinae, ebenso wie das Mikrosporon septicum zeigt diese Bewegungserscheinungen nur in äusserst vorübergehender Weise. Bei diesen herrschen unbedingt die ruhenden Formen vor.

Gegenüber der Behauptung von Hiller, dass nur bisweilen Mikrococcen in der Schutzpocken-Lymphe vorkommen, kann Vortr. nur anführen, dass dieselben nach der Untersuchung vieler Hunderte von Röhrchen von verschiedenen Provenienzen, z. B. auch von Dr. Pissin in Berlin, in keinem einzigen Falle vermisst wurden.

Prof. Pick: Wir sind noch nicht so weit, um ausschliesslich originäre Lymphe benützen zu können, und werden voraussichtlich noch lange der humanisirten Lymphe nicht entrathen können. P. wiederholt daher seinen schon 1869 gemachten Vorschlag, 8—10jährige Revaccinirte zur Gewinnung der Impflymphe zu verwenden. Die Vaccinsyphilis ist eine wohl constatirte Thatsache und auch eine nicht allzu seltene Erscheinung. Gerade in den beststudirten Fällen von Impfsyphilis war das Kind, das als Stammimpfling verwendet wurde, zur Zeit der Abimpfung von solchen Zeichen absolut frei und anscheinend vollkommen gesund. Es handelt sich um Fälle mit latenter Syphilis. Dass aber die hereditäre Syphilis der Kinder über das erste Jahr hinaus latent bleiben kann, unterliege keinem Zweifel mehr, ebenso sicher ist, dass ein Kind wenigstens zur Zeit der Impfung von Symptomen der Syphilis frei sein kann und doch mit der Krankheit behaftet ist. Anderseits ist es klar, dass wir den Säuglingen und den Kindern unter einem Jahre den Schutz der Impfung nicht versagen dürfen, dass wir namentlich zur Zeit einer Epidemie solche Kinder so früh als möglich impfen müssen, weil sie im Erkrankungsfalle unendlich mehr als ältere, kräftigere Individuen von dem tödtlichen Ausgange bedroht sind. 8—10jährige Stammimpflinge (mit originärer Kuhpockenlymphe geimpft) bieten bezüglich der Beurtheilung ihres Gesundheits-

Digitized by Google

zustandes ausgiebige Garantien, jedenfalls wird der Arzt im Stande sein, eine Erkrankung an Syphilis auszuschliessen. Wenn P. richtig gehört hat, hat Klebs angegeben, dass er in jeder guten Lymphe fast immer weisse und rothe Blutkörperchen gefunden hat.

Prof. Klebs: Fast ausnahmslos habe ich Blutkörperchen gefunden.

Prof. Pick: Daraus und aus vielen andern Gründen folge, dass einerseits die Theorie von Viennois bezüglich der Uebertragung von Impfsyphilis nicht stichhaltig ist und anderseits, dass wir kein Criterium besitzen, um die inficirende Vaccinlymphe eines Syphilitischen von der nicht inficirenden zu unterscheiden. Bekanntlich hat Viennois den Satz aufgestellt, dass die Lymphe aus der Vaccinpustel eines Syphilitischen nur dann mit Syphilis inficire, wenn derselben Blut des Syphilitischen beigemischt war. Es sollte daraus der Umstand erklärt werden, dass von einem und demselben syphilitischen Stammimpfling einige Individuen durch die Impfung Syphilis bekamen, andere nicht. Im ersteren Falle sollte Blut mitgeimpft worden sein, im letzteren nicht. Ferner geht daraus hervor, dass sich der Impfarzt nicht damit beruhigen darf, bei der Abimpfung keine makroskopisch sichtbare Blutmenge mitgeimpft zu haben.

Prof. v. Ritter: Was die Disposition des ersten Lebensjahres anbelangt, darf man den Satz nicht so allgemein hinstellen, dass die Kinder im ersten Lebensjahre grössere Disposition zur Erkrankung an Variola haben, sondern es gibt da sogar eine Periode und zwar jene der ersten Wochen, vielleicht sogar der ersten zwei Monate nach der Geburt, wo die Disposition für die Variola, wie noch länger für Morbillen und die Scarlatina eine geringere ist. Den Rath Prof. Pick's, so zeitlich als möglich zu impfen, möchte R. als eine Versündigung am Kinde ansehen, da der Schutz, den man gewährt, mit den Gefahren der frühzeitigen Impfung gar nicht zu vergleichen sei. Für schwächere Kinder sollte es als Regel gelten, nicht vor dem vierten Lebensmonate zu impfen. In einem späteren Alter entwickeln sich auch die Pusteln viel besser und der ganze Process wird viel leichter ertragen. Noch viel wichtiger aber ist es, dass man nicht zu junge Kinder zum Abimpfen benutzt. Ich bin zwar nicht der Ansicht, dass die Latenz der hereditären Syphilis eine so lange sein könne, wie dies Viele annehmen, und ich glaube, dass man durch Nichtbeachtung der mannigfachen Wege, auf denen dieselbe auch von kleinen Kindern acquirirt werden kann, zu der Annahme einer ungebührlich langen Latenzperiode verleitet wurde, obwohl die Latescenz in den ersten Lebensmonaten bei ziemlich gutem Aussehen, gut entwickeltem Fettpolster u. s. w. bestehen kann. Ein Theil der Gefahr dürfte daher nach meiner Ansicht wegfallen, wenn man sich darauf beschränkte, Kinder nicht vor dem 4. Monate zu impfen und zum Abimpfen nur Kinder mit 6—9 Monaten zu nehmen. Das Gelingen der Impfung, das Haften mehrerer Impfstiche ist aber keine Nebensache, da es bekannt ist, dass die Dauer des Schutzes ziemlich im geraden Verhältnisse zur Zahl der Impfnarben, also der regelmässig verlaufenen Impfpusteln steht. Was das Blut in der Lymphe betrifft, so dürfte es davon abhängen, dass man am 5. oder 6. Tage schon abimpft, wo der flüssige Inhalt der Pustel spärlich ist, so dass man leicht Blut mitbekommt. Je jünger das Kind ist, um so leichter bekommt man blutige Lymphe. Auch glaube ich nicht, dass die Gefahr der Uebertragung der Syphilis bei Abnahme der Lymphe von Revaccinirten ausgeschlossen sei.

Prof. Klebs: Die Frage, ob die Syphilis bei kleinen Kindern durch Heredität oder Acquisition auftritt, ist gar nicht zu entscheiden. Es kommen Fälle von visceraler Syphilis im jugendlichen Alter vor, bei denen ausdrücklich bemerkt wird, dass keine Erkrankung des Kindes beobachtet wurde und dass keine Veränderungen an der Körperoberfläche aufgetreten waren. Es können so lange Latenzperioden der Syphilis im jugendlichen Alter vorkommen, dass man nie von der

Digitized by Google

Anwesenheit derselben sicher sein kann. Ich glaube auch nicht, dass die Abimpfung von Syphilitischen immer schädlich ist. Für unseren Fall ziehe ich daraus nur den Schluss, dass in keiner Lebensperiode mit Sicherheit latente Syphilis auszuschliessen ist. Ob das im 10. Lebensjahre möglich, mag ich nicht behaupten; wenn dies aber nicht ist, dann möchte ich nochmals die Frage aufwerfen, ob es denn so unmöglich ist, uns mit Thierlymphe zu versehen. Ich gebe zu, dass es nicht immer möglich ist, die Menschenlymphe ganz auszuschliessen, ich möchte es aber als meine persönliche Ueberzeugung aussprechen, dass auch bei noch so sorgsam gesammelter Lymphe Syphilisübertragung stattfinden könne, ohne dass den Arzt hier eine Schuld zu treffen braucht. Das einzige Mittel, auch die entfernteste Möglichkeit zu verhüten, ist die Abimpfung von Thieren. Daher wünschte ich, dass unser Verein mit dem Verein czechischer Aerzte beim Stadtverordnetencollegium diese Frage weiter betreibe.

Prof. Pick: Prof. Ritter hat die Ansicht ausgesprochen, dass Kinder im 1. Lebensjahre für Variola weniger empfänglich sind; allein das Vorkommen der Variola im 1. Lebensjahre, ja selbst im fötalen Leben lässt die Disposition dazu nicht bezweifeln. Ich behaupte noch, dass, wenn solche Kinder einmal an Variola erkranken, sie gewöhnlich auch zu Grunde gehen, und dass, wenn einmal die Gefahr für sie so gross ist, man sie davor schützen müsse. Und da die Gefahr um so grösser ist, je jünger sie sind, man sie auch so früh als möglich impfen müsse. Der Hinweis auf die seltenere Erkrankung der Säuglinge auch an Morbillen ist nicht stichhaltig. Wenn Säuglinge seltener an Morbillen erkranken, so folgt daraus noch nicht, dass sie dafür weniger empfänglich sind, es erklärt sich dieses, wie schon vielfach darauf hingewiesen wurde, vielleicht daraus, dass sie sich meist in Gesellschaft Erwachsener, also schon Durchseuchter befinden und daher der Ansteckung weniger ausgesetzt sind, als später, wo sie sich mehr in Gesellschaft von Kindern aufhalten. Es ist mir aber ganz unverständlich, wie man die Gefahren der Impfung bei Säuglingen höher anschlagen kann, als ihre eventuelle Erkrankung an Variola und die frühzeitige Impfung also geradezu als eine Versündigung am Kinde bezeichnen kann. Was die Latenz der Syphilis anbelangt, muss ich nochmals sagen, dass diese thatsächlich über das erste Jahr hinaus stattfindet, daher ein Abimpfen von Kindern im ersten Jahre nicht anzurathen ist.

San.-Chef Dr. Bernstein: In der Garnison werden alle Recruten der Revaccination unterzogen. Einzelne werden ausgesucht und mit der Lymphe aus Phiolen oder aus der hiesigen Findelanstalt geimpft und dann als Stammimpflinge für die anderen benützt. Mir ist da nie ein Fall von Uebertragung von Syphilis vorgekommen, trotzdem hier die Auswahl der Stammimpflinge nie die sorgfältigste sein kann. (Prager Wochenschrift.)

Berichtigung.

Im vorigen Hefte der „Med.-chir. Rundschau“ sind aus Versehen an einigen Stellen des Referats über Lorinser's Arbeit: über den Werth der Zahlen in der Impfstatistik, die Anführungszeichen („ “) weggeblieben, wodurch irrthümlich einige ausschliesslich dem Autor eigenthümliche Ansichten und Redewendungen dem Referenten zugeschrieben werden könnten.

So rührt im Beginne des Referates der Ausdruck „die unglückselige Institution der Zwangsimpfung“ und der ganze letzte Passus, in welchem gesagt wird: „dass die Impfung an den praktischen Aerzten, insbesondere aber an den Kinderärzten und Dermatologen, denen sie das tägliche Brot liefere, immer Vertheidiger finden würde, dass für sie die Impfung Geschäft ist“, ausschliesslich von Lorinser her.

Digitized by Google

Wir (Ref.) hätten etwas Aehnliches nie zu behaupten gewagt, ebenso wenig, als unter den Indicationen für irgend eine Operation das Honorar für den Chirurgen aufzuzählen. Eisenschitz.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Aus der medicinischen Klinik des Prof. Duchek in Wien: Verschliessung der Vena anonyma dextra durch eine Struma substernalis. Von Dr. F. Kretschy. (Sep.-Abdr. aus d. „Wiener med. Wochenschr." 1877.)

Ueber Insufficienz der Aortenklappen, verursacht durch Aneurysma am Sinus Valsulvae. Inaugural-Dissertation von Paul Heymann aus Berlin. (Friedrichs-Wilhelm-Universität.) Berlin 1874.

Ueber den Einfluss der Kohlensäure auf das Knochengewebe. Von Dr. H. Tillmanns in Leipzig. (Sep.-Abdr. aus d. dtsch. Ztschr. f. Chirurgie, VII.)

Galerie berühmter Kliniker und hervorragender Aerzte unserer Zeit. Mit deren Biographien, als Beitrag zur Geschichte der Medicin. Von Dr. J. Hirschfeld in Ischl. 9. und 10. Lieferung. Credé, Fischhof, Gruber Josef, Voit, Helmholtz, Zeissl, Politzer, Baccelli. Wien 1876.

Gerichtlich-medicinische Untersuchungen über das Skopzenthum in Russland nebst historischen Notizen. Von E. Pelikan. Mit Genehmigung des Verfassers aus dem Russischen in's Deutsche übersetzt von P. Nikolaus Iwanoff. Mit 16 chromolithographischen Tafeln, 3 geographischen Karten und mehreren in den Text gedruckten Holzschnitten. Giessen, J. Ricker. 1876.

Verhandlungen der Berliner medicinischen Gesellschaft aus dem Gesellschaftsjahre 1875/76. Herausgegeben von dem Vorstande der Gesellschaft. Band VII. Berlin 1876.

Methodik der physiologischen Experimente und Vivisectionen. Von E. Cyon. Mit Atlas. Giessen, J. Ricker. 1876.

Atlas zur Methodik der physiologischen Experimente und Vivisectionen. Von E. Cyon. 54 Tafeln in Holzschnitt. Giessen, J. Ricker. 1876.

Arbeiten aus dem zoologisch-vergleichend-anatomischen Institute der Wiener Universität. Ueber das Vorkommen von Ganglienzellen im Herzen vom Flusskrebs. Von stud. med. Emil Berger. (Mit 1 Tafel.) Aus dem 74. Bande des Sitz.-Ber. der k. Akad. d. Wissensch. 1876.

Zur Verständigung noch einmal: „Noumenorum non datur scientia." Offener Brief an Herrn Dr. Clotar Müller in Leipzig, in Bezug der Kritik des Herrn Dr. von Villers in Weimar über die Eröffnungsrede vom 10. August 1876. Von Prof. Dr. Theodor von Bakody in Budapest. Leipzig 1877.

Lehrbuch der Geburtshilfe für Aerzte und Studirende. Von Prof. Otto Spiegelberg in Breslau. Erste Hälfte. Mit 76 Holzschnitten und Lithographien. Lahr. Moritz Schauenburg. 1877.

Zur Frage der Ventilation mit Beschreibung des „minimetrischen" Apparates zur Bestimmung der Luftverunreinigung. Vortrag, gehalten in Zürich am 18. Jänner 1877 von Prof. Dr. Georg Lange. Zürich, Cäsar Schmidt. 1877.

Beiträge zur praktischen Augenheilkunde. Von Dr. J. Hirschberg in Berlin. 2. Heft. Leipzig, Veit und Comp. 1877.

Digitized by Google

Mittheilungen aus dem embryologischen Institute der k. k. Universität in Wien. Von Prof. Dr. S. L. Schenk 1. Heft. Mit 8 Tafeln. Wien, 1877. Wilhelm Braumüller.

Epilepsie, entstanden durch Eindringen eines fremden Körpers in's Auge und geheilt durch Entfernung desselben. Mitgetheilt von Dr. E. A. Lutze in Cöthen.

Vier geburtshilfliche Operationen innerhalb einer halben Stunde bei ein und derselben Frau. Mitgetheilt von Dr. E. A. Lutze in Cöthen.

„Die Urne", Zeitschrift zur Förderung der Feuerbestattung. Herausgegeben durch den Vorort des Centralverbandes deutscher Feuerbestattungsvereine.

Eine Stimme in der Wüste. Von Frau Josefine E. Butler aus Liverpool. Zweite Auflage. Paris, Sandoz und Fischbacher. 1875.

L'état et la mortalité publique. Par A. Sauttes. 3. Auflage. Neuchatel, 1876.

Résultats sanitaires des actes du parlament relatifs aux maladies contagieuses etc. Neuchatel. 1876.

Die künftige Wasserversorgung der Stadt Prag. Referat an den Verein deutscher Aerzte erstattet von Dr. M. Popper. (Sep.-Abdr. aus d. Prager medic. Wochenschr. 1876.)

Sämmtliche hier angeführten Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

(Auszeichnung). Die Académie nationale in Paris (hôtel de ville) hat den Chemiker und Fabrikanten k. k. priv. chem. Präparate in Olmütz, Herrn F. J. Král, zum Mitgliede ernannt.

Digitized by Google

Offene Correspondenz der Redaction.

„Mehrere Abonnenten.“ Es hat sich gezeigt, dass sich eine solche Chronik für eine Monatsschrift nicht eignet.

Herrn Dr. H. in Leipzig. Ihre freundliche Erinnerung soll bei künftigen Correcturen beachtet werden.

„ Dr. L. in Cöthen. Schade, dass die Fälle nicht in einer medicinischen Zeitung publicirt sind.

„ „Pränumeranten“ in Krakau. „Preglad uharski“ wurde die Zeitung in jenem Blatte genannt, dem wir die Mittheilung entnahmen.

„ Dr. S. in S. Versuchen Sie noch, ehe Sie die Kranke nach Pystjan schicken, methodische Massage, dazu scheint der Fall nach der Schilderung sehr geeignet.

Correspondent aus Krakau. Wir haben Ihre Beschwerde, die Besetzung der sanitätsärztlichen Stellen betreffend, in einem hiesigen politischen Blatte zum Ausdrucke gebracht.

Offene Correspondenz der Administration.

(Geschlossen am 10. März 1877.)

Herrn F. A. T., Offizier van Gezondheit in Padang (Ost-Indien). Auf Abonnement pro 1877 entfallen 7 fl. 20 kr., die Broschüre über Ausstopfen und Conservirung von Vögeln kostet 1 fl., die Recommandationsgebühr beträgt 58 kr. Sie haben daher noch 1 fl. 22 kr. gut.

„ Dr. M., prakt. Arzt in Neu-Oetting (Bayern). Das Abonnement pro anno beträgt 12 Mark, mithin für ein Quartal 3 Mark. Wir haben daher noch 50 Pfg. gut.

„ ? aus Arad. Retournirte Kreuzbände, auf welchen der Name des Absenders nicht ersichtlich ist, müssen unerledigt zurückgelegt werden.

„ Dr. P. in Ondrejow. Müller's Arzneischatz sandten wir Ihnen per Nachnahme.

„ Dr. M., Oberarzt in Pancsova. Das Doppelheft 2 und 3 der Wiener Klinik 1877 wurde mit Nr. 11 der Med. Presse vom 18. März ausgegeben.

„ Dr. T. M., k. k. Reg.-Arzt in Salzburg. Sie haben in unsern Büchern keinen Rückstand; das Inhaltsverzeichniss pro 1876 wurde nachgeliefert.

„ Dr. T., prakt. Arzt in Szered a. d. Waag. Jahrgang 1876 der Rundschau sandten wir Ihnen am 15. Februar.

„ Dr. E. in Hernskretschen. Zur Ergänzung Ihres ganzjährigen Abonnements fehlen noch 2 fl.

„ J. M., k. k. Oberwundarzt in Castelnuovo. Ihr Telegramm erledigten wir sofort nach Eintreffen.

„ Dr. P., Reg.-Arzt in Prossnitz. Mit den gesandten 3 fl. abonnirten Sie bis Ende Juni l. J.

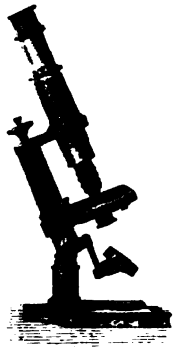
„ Dr. S. in Landskron und W. M., prakt. Arzt in Lingenau. Das reclamirte Heft haben wir Ihnen nachgeliefert.

„ Dr. J. B., Bahnarzt in Lemberg; Dr. G. L. in Pancsova; Aerztlich. Pharmac. Verein in Erlau (50 kr. Rest); Dr. H. in Bregenz, Dr. G. S. (1 fl.); Dr. C. in Pola (50 kr.); J. B., k. k. pens. Feldarzt in Seiburg; Dr. W. in Czernowitz (1 fl.); Dr. E. T. in Cortina; Dr. A. H. in Felegyhaza (1 fl. Rest); Dr. F. R. in Mähr.-Neustadt (50 kr.); Dr. C. S. in Bruck a. d. Mur (1 fl.); L. T. Gemeindearzt in Namiescht (50 kr.); Dr. A. B., Reg.-Arzt in Debreczin. Bestätigen nur auf ausdrückliches Verlangen den Empfang des Abonnementsbetrages.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Karl Bettelheim.
Einsendungen an die Redaction sind zu richten: Wien, I., Gonzagagasse 5.

Druck von G. Gistel & Co., Wien.

Digitized by Google



Meine in Tausenden von Exemplaren verbreiteten

achromatischen Mikroskope

erfreuen sich immer mehr der Gunst meiner verehrten Abnehmer. Durch die vorzüglichsten Werkzeugmaschinen und die in meinen Werkstätten eingeführten Arbeitsmethoden bin ich im Stande, eine ausserordentliche Gleichförmigkeit der Qualität zu gewährleisten, und können alle Besteller sicher sein, niemals andere als durchaus vollkommene Exemplare zu erhalten.

Preisverzeichnisse pro 1877 übersende gratis und franco.

Anerkennungen der ersten Autoritäten. 27

Paul Wächter,

BERLIN, O., Grüner Weg Nr. 19.

Impfstoff stets frisch in Phiolen **à 1 fl.** besorgt prompt die **Administration** der **Medicinisch-chirurg. Rundschau** in Wien, Maximilianstrasse 4.

Chinin-Zuckerln und Chinin-Chokoladen

von

Josef Gobetzky,

Apotheker in Essek, Slavonien.

Diese aus **Chininum tannicum neutr.** mit der grössten Genauigkeit von mir erzeugten Präparate kosten

100 Stück 4 fl. ö. Währ., inclusive Stempel, Emballage und Porto.

Jedes Stück enthält 7 Centigramm reines Chinin.

Zur Beachtung.

Den Beweis der Vorzüglichkeit und Echtheit meiner Erzeugnisse liefern die Zeugnisse über die vorgenommenen chem. Analysen des Herrn Professor Dr. G C. Wittstein in München; Dr. J. Schorm und Dr. H. Braun in Wien, J. Molnar, Apotheker und Chemiker in Budapest etc., sowie die in Nr. 13 der Zeitschrift des allgem. österr. Apotheker-Vereins vom J. 1876 veröffentlichte Anempfehlung des bekannten Professor Dr. Wittstein in München, welche lautet:

Herr Apotheker Josef Gobetzky in Essek (Slavonien) bereitet mittelst **von ihm eigens dargestellten** neutralen gerbsauren Chinins (Chininum tannicum neutrale) Chokolade-Zeltchen und Zuckerzeltchen, welche, wie ich mich durch **chemische Prüfung** überzeugt habe, nicht allein **sehr sorgfältig** hergestellt sind und **den angegebenen Gehalt an Chinin besitzen,** sondern auch den **grossen Vorzug** haben, dass darin **die Bitterkeit des Alkaloides völlig maskirt ist.**

Ich kann daher **allen Aerzten,** welche veranlasst sind, Chinin zu verordnen, obige Präparate **auf's beste empfehlen.**

München, den 25. April 1876. (L. S.) **Prof. Dr. G. C. Wittstein.**

Aufträge werden erbeten in Wien an Herrn Otto Raabe, Bäckerstrasse Nr. 1, und Pezold u. Süss, Droguisten; in Pest an Herrn Thalmaier u. Comp.; in Graz an Herrn Dr. A. Wunder, Apotheker, und Herrn Nedver, Apotheker; in Kronstadt an Herrn Müller, Apotheker; in Temesvar an Herrn J. Pecher, Apotheker; in Maros-Vásárhely an Herrn A. Jenney, Apotheker, und an den Erzeuger zu richten.

Diese Präparate wurden auch bei der Szegediner Landes-Ausstellung als eminente Präparate anerkannt und hiefür mir die Verdienstmedaille ertheilt.

Verlag von **FERDINAND ENKE** in Stuttgart.

Soeben erschien und ist durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Lehrbuch der Militär-Hygiene

Von **Dr. C. Kirchner,**

königl. Ober-Stabs- und Regimentsarzt des 1. schles. Dragoner-Regiments Nr. 4.

Mit in den Text gedruckten Holzschnitten und lithogr. Tafeln.

Zweite, gänzlich umgearbeitete Auflage.

1. Hälfte. 52

gr. 8. 304 Seiten. Preis 7 Mark 60 Pf. = 4 fl. 90 kr.

Digitized by Google

Rudolf Thürriegl

erzeugt alle

chirurgischen Instrumente nach neuesten und verbesserten Constructionen.

Wien, Alservorstadt, am Glacis, Schwarzspanierhaus 5.

Ausführliche Preis-Courante auf Verlangen gratis.

Anerkennungs-Diplom
der internationalen Ausstellung in WIEN 1873.
„Medaille d'Admission und Diplom"
der internationalen Ausstellung für Gesundheitspflege und Rettungswesen in BRÜSSEL 1876.

Einfachste Behandlung
der
Verletzungen am menschlichen Körper
(Wunden, Quetschungen, Verbrennungen etc.)
mit sicherstem und raschestem Erfolge.

Král's saures, ölsaures Eisenoxyd, (flüssige Eisenseife.)
1/1 Flakon **1** fl. ö. W., 1/2 Flakon **50** kr. ö. W.

Naturgemässeste Eisenpräpate zum internen Gebrauche:

Král's krystallinisch-körnig. Eisenzucker.
1 Flakon **1** fl. **50** kr. ö. W., Mässchen dazu **3** und **6** kr. ö. W.

Král's verstärkter flüss. Eisenzucker.
1/1 Flakon **1** fl. **12** kr., 1/2 Flakon **60** kr. ö. W.

Fabrik Král's k. k. priv. chem. Präparate in Olmütz.

Warnung. Man sichere sich vor dem Ankaufe von Fälschungen. Der Erzeuger des sogenannten „Med. flüssigen Eisenzucker", Jos. Fürst, Apotheker „zum weissen Engel" in Prag, stand am 27. April 1871 bei der daselbst stattgefundenen Schwurgerichts-Verhandlung als „unbefugter Nachmacher" der Präparate Král's im Gerichtssaale.

Privat-Heilanstalt
für
Gemüths- und Nervenkranke
in
Oberdöbling, Hirschengasse 71. 16

Digitized by Google

Medic. Klinik, allg. Pathologie, Pädiatrik, Psychiatrie.

(Schluss aus dem Heft 3 — 1877.)

177. Beiträge zur Hirnpathologie. Von Dr. M. Bernhardt. (Berl. klin. Wochenschft. Nr. 36. 1875.)

Verf. berichtet über einen Fall, in der festen Ueberzeugung, dass durch denselben ein Verhältniss ganz bestimmter Hirnprovinzen zum centralen Sitz des Sehvermögens illustrirt wird.

R., 60 Jahre alt, Arbeiter, gelangte am 23. Jänner 1871 ohne jede Anamnese mit einer Hemiplegia d. et Aphasia zur Aufnahme. Pat. vermochte nur die Worte „na" und „ja" vorzubringen, doch gelang es ihm nicht, vorgesprochene Worte oder Silben nachzusprechen. Eine richtige Auswahl von verschiedenen vorgelegten Gegenständen misslang völlig. Nur im Schmerzanfall oder bei grosser Aufregung wurde „Herr Je" hervorgestammelt, ohne dass indess Pat. in der Lage war, diese Worte zu wiederholen. Mit Rücksicht auf das Sehvermögen wurde Nachstehendes constatirt: Pat. ging allein umher, ganz nach seinem Willen. Wurde das l. Auge verdeckt, so stand er rathlos und ängstlich da, ohne einen Schritt zu wagen. Vorgehaltenen Gegenständen folgte das rechte Auge nicht nach, das starr und regungslos blieb, mit dem l. Auge indess nach allen Richtungen locomotionsfähig war. Mit dem l. Auge wird central gut gesehen, das excentr. Gesichtsfeld nach allen Richtungen eingeschränkt. Fuhr man bei verdecktem linken Auge gegen sein rechtes Auge mit der Hand drohend vor, kam es zu keinerlei Auslösung von Reflexbewegungen, die indess beim gleichen Experiment linkerseits vollständig gelangen. Linke Pupille etwas enger als die rechte, beide auf Lichtreiz reagirend. Ophthalmoskopische Untersuchungen ergaben ein völlig negatives Resultat, Verf. nahm an, dass die die rechtsseitige Amaurose bedingende Störung hinter dem Reflexcentrum des nv. opt. d. auf den nv. oculomotorius gelegen sei.

Ueber den Zustand des Geruchs- und Geschmacksvermögens fehlen genauere Aufzeichnungen. Dafür wurde von Anfang an eine Anästhesie der gesammten r. (gelähmten) Körperhälfte, die bis zum Tode (18. Decbr. 1872) anhielt, notirt. In den letzten Monaten vor dem exitus lethalis epileptiforme Anfälle.

Vom Sectionsergebnisse geben wir nur das Wesentlichste: Nv. opt. beiderseits einander gleich, von gutem Aussehen. Die Inselwindungen von aussen beiderseits frei. Seitenventrikel stark erweitert, mit trüber gelbl. Flüssigkeit er-

Digitized by Google

füllt. Am vorderen äusseren Umfang des l. Streifenhügels befindet sich eine umfangreiche Einsenkung von weicherer Beschaffenheit und mattgelbem Aussehen. Linker Streifenhügel bedeutend kleiner als der rechte. Bei Anlegung von Frontalschnitten zeigt sich ein grösserer, wesentlich in der Markmasse gelegener, cystischer Erweichungsherd, der die Stirnwindungen ganz intact lassend nach Innen und Unten bis an das mittlere Drittel des Linsenkernes, dessen äusserer Abschnitt sammt den anstossenden Markmassen völlig untergegangen ist, reicht. An der Grenze von Unter- und Hinterhorn ist eine zweite durchscheinende und verfärbte Stelle nachweisbar, wo ein analoger Erweichungsherd ermittelt wurde. Derselbe bleibt auf die weisse Substanz beschränkt. Weder am Tractus noch am Opt. selbst, noch an den corp. quadrigemina et geniculata etwas Abnormes nachweisbar.

Verf. weist darauf hin, dass schon von Türck 1859 Anästhesie als häufiger Begleiter der Hemiplegie hingestellt wird, die indess meist früher als die motorische Lähmung schwindet. Nur ausnahmsweise bleibe neben einer permanenten Lähmung auch eine permanente Anästhesie zurück. Charcot (1872—73) gibt wieder an, dass in Folge von Läsionen der Grosshirnhemisphären eine Vernichtung der allgemeinen Sensibilität vorhanden sei und eine Obnubilation i. e. Functionsverminderung der eigentlichen Sinnesorgane ein unterscheidendes Merkmal derartiger Hemianästhesien von denen Hysterischer abgebe. Im gegebenen Falle, wo eine namhafte Alteration des Gesichtsvermögens erwiesen wurde, sass die einzige pathologisch anatomische Veränderung im Marklager der entgegengesetzten Hemisphäre, dort, wo, wie Türck beobachtete und Charcot vermuthete, ein centraler Durchgangspunkt der Mehrzahl der sensiblen und sensoriellen Nerven zur Rinde, speciell der Hinterlappen, gelegen ist.

Drozda.

178. **Carcinoma cerebri.** Aus dem Berichte des Rudolphsspitales pro 1874. Mitgetheilt von Dr. Mader.

Eine 34jährige Frau leidet seit $1^1/_2$ Jahren an äusserst heftigen Kopfschmerzen, die zeitweilig nachliessen. Einmal half die „faradische Hand", ein anderes Mal laue Bäder, später, als der Schmerz einen Typus zeigte, halfen laue Bäder.

Einmal war ganz plötzlich und schnell vorübergehend Schwäche und Kribbeln in der rechten Hand, verbunden mit einem leichteren Grad von Aphasie, aufgetreten.

Am 6. Juli wiederholte sich dieser Anfall in stärkerem Grade. Sie konnte nur mühsam oder gar nicht die den Gedanken entsprechenden Worte finden. Zugleich stellten sich wieder die heftigsten Kopfschmerzen ein, die vom Nacken zur Stirne ausstrahlten. Bei der ersten Aufnahme der kräftig gebauten und sehr gut genährten Kranken war eine fast cyanotische Röthung des Gesichtes zu bemerken. Der Puls war an einzelnen Tagen bis 48 verlangsamt; es bestand häufiges Erbrechen und Gefühl von Ameisenlaufen in den Extremitäten. Am behaarten Kopf fühlte man aufgetriebene und besonders

Digitized by Google

empfindliche Stellen. Obwohl sonst kein Anhaltspunkt für Syphilis vorlag, wurde doch Jodkali verabreicht, worauf auffällig rasch die Erscheinungen sich besserten. Es blieb nur noch einige Zeit eine Schmerzhaftigkeit der linken Kopfseite, welche durch Liegen auf derselben erregt wurde. Im September kam sie wieder in die ambulatorische Behandlung. Jodkali, Sublimat, Paulinia, Eisumschläge liessen jetzt in Stich. Am 7. December neuerdings auf die Abtheilung aufgenommen; die Schmerzen waren anhaltend, mit dem Gefühl des Zusammenschnürens verbunden; zeitweilig steigerten sie sich bis zum Gefühl der Unerträglichkeit. Der Kopf bei Druck sehr empfindlich ohne nachweisbare Auftreibungen. Der Puls 60, später bis 40, etwas unregelmässig. Pupillen gleich weit, Sinnesorgane gut. Organe der Brust und der Unterleibsorgane normal, bis auf die mittlere rechte hintere Thoraxpartie, an der constant grossblasiges Rasseln mit bronchialem Athem bestand, verbunden mit confluirend eitrigem Sputum Appetit gering, öfters Brechneigung.

Am 15. Dec. 3 Uhr Morgens trat nach kurzer Agonie plötzlich Tod ein.

Obductionsbefund: Dura mater gespannt. Die inneren Hirnhäute serös infiltrirt, das Gehirn geschwellt, die Windungen, besonders der linken Stirnhälfte abgeflacht. In der rechten Scheitelwindung sass peripher ein etwa haselnussgrosser, von gelblichweisser, erweichter Hirnsubstanz umgebener, scharf abgegrenzter, weissröthlicher Knoten mit gelblichem Centrum, dessen Consistenz nahezu knorpelähnlich, dessen Durchschnitt platt und feucht war.

Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab in einem feinmaschigen schlauchähnlichen Gerüste von deutlich faseriger Contour stellenweise förmlich alveolare Anordnung von ziemlich kleinzelligen, aber grosskernigen polymorphen, meist aber doch runden Elementen von etwa doppelter Grösse der weissen Blutkörperchen. Im Centrum war Verfettung. Das Gehirn im Ganzen war weich und feucht, in den Seitenkammern einige Drachmen klaren Serums. Die Lymphdrüsen am Halse leicht geschwellt. Lungenödem. Bronchektasie. Bettelheim.

179. Ein Fall von Milzbrand. Von Prof. Bollinger in München. (Aerztl. Intell.-Bl. 1876.)

Ende October 1875 wurde eine „vom Schlage gerührte" Kuh" geschlachtet, und sprach dabei der Metzgerknecht die Meinung aus, die Kuh sei milzbrandkrank. In den Därmen war viel Blut vorhanden, die Milz um das Vierfache vergrössert. Trotzdem wurde der grösste Theil des Fleisches von Menschen, die Milz vom Haushunde verspeist. Einige Tage nach der Schlachtung zeigte sich beim betreffenden Metzger am Daumenballen der rechten Hand ein rothes Pünktchen, das sich bald mit einem rothen Hof umgab, und es entstand rasch ein dunkelblaues, blatternähnliches Bläschen. Erst am 4. Tage, nachdem heftige Allgemeinerscheinungen aufgetreten waren, wurde ein Arzt gerufen, der die Stelle am Daumen mit Glüheisen behandelte. Auch der Metzgerknecht wurde am linken Arme, wo sich eine ähnliche Blatter entwickelt hatte, geätzt. Während nun der letztere genas, stellten sich beim Metzger in den folgenden Tagen heftige Erscheinungen (Krämpfe, Trismus, hohes Fieber, Lähmung der Schlingwerkzeuge etc.) ein, und erfolgte am 8. Tage, ohne dass die Erscheinungen an der Hand sich wesentlich geändert hatten, der Tod.

Section (7 Stunden nach dem Tode). Local am Arme das charakteristische Bild eines Milzbrandcarbunkels: Schwarze, dunkle Färbung mit rothem Hof und deutlich kleine Bläschen in letzterem. Von der Wunde ausgehend ödematöse Schwellung des Armes, Lymphdrüsen vergrössert, hämorrhagischer Erguss im Magen. — Die mikroskopische Untersuchung wies sowohl im Carbunkel, als im Blute nur wenige Bacterien nach; ebenso fanden sich im Blute nur einige Stäbchen und Mikrococcen. Dagegen auffallend viele Bacterien mit ihrer charakteristischen Form in der Milz vorhanden. — Impfung mit einem blutgetränkten Faden unter die Haut eines Schafes tödtete dasselbe nach 5 Tagen unter den Erschei-

Digitized by Google

nungen des ausgesprochenen apoplectiformen Anthrax. Weitere Impfungen mit Material von diesem Thiere tödteten noch zwei andere. Ein Schaf verendete sogar schon nach zwei Tagen. — Eine Impfung nach vorheriger Desinfection mit Salicylsäure erzeugte fast noch rascher Milzbrand.

Die gefährlichsten Gifte werden im Magen zerstört, aber unter die Haut gebracht, erzeugen sie rasch Vergiftung, ebenso scheint es beim Milzbrand. Kochen tödtet die Bacterien sicher, aber schon bei Genuss von halbgekochtem Fleisch wurde Infection beobachtet. Im Allgemeinen erscheint eine Infection mit Milzbrand nicht so gefährlich, als man gewöhnlich glaubt, da bei äusserer Infection in Milzbrandgegenden nur 6—7% der Inficirten tödtlich enden. Schwarz.

180. Ein Fall von Betheiligung der Leptothrix buccalis bei Erkrankung der Zunge. Von v. Ubisch. Berlin. klin. Wochenschr. 1875. Nr. 52. Centralbl. 1876. Referat von L. Rosenthal.

Ein sonst gesunder Mann in den 30er Jahren, starker Tabakraucher, der viel an Zahnschmerzen gelitten und alle Backenzähne bis auf einen durch Extraction verloren hatte, bemerkte seit etwa 4 Jahren eine Beeinträchtigung der Functionen der Zunge, welche im letzten Vierteljahre derartig an Intensität zugenommen hatte, dass die Beweglichkeit erschwert und dadurch zugleich die Deglutition und Phonation beeinträchtigt wurde. Die Verdauung war indessen eine vollkommen normale. Die Zunge hatte sowohl im Breiten- als im Dickendurchmesser zugenommen, ihre Consistenz war derber als im normalen Zustande. Die ganze Oberfläche ist von einem zusammenhängenden, glänzenden, milchglasfarbigen Belag bedeckt, welcher an der Spitze ziemlich dünn ist, nach hinten zu aber immer mehr an Mächtigkeit zunimmt, so dass die Papillae circumvallatae und die Balgdrüsen förmlich in dem Belage eingebettet liegen. Während auch die untere Zungenfläche mit einem ähnlichen Belage bedeckt ist, sind die seitlichen Ränder, an denen man deutlich die Zahneindrücke bemerkt, frei von demselben. Zahnfleisch, weicher und harter Gaumen, sowie die Tonsillen verhalten sich vollkommen normal. Bei Entfernung der Beläge war die darunter liegende Schleimhaut nicht rein, sondern der Belag schien in das Gewebe förmlich eingebettet zu sein. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der Belag fast ganz aus Leptothrixmassen bestand. Der Diagnose entsprechend war die Therapie eine antiparasitäre. Einreibungen der Zungenfläche mit 3perc. Carbolsäure, sowie Ausspülen des Mundes mit einer schwächeren Lösung beseitigte in wenig Wochen nicht nur den Belag, sondern auch die Anschwellung der Zunge. Die Beweglichkeit derselben war vollständig wiedergekehrt und dadurch auch die Beschwerde beim Schlingen und Sprechen gehoben. Bettelheim.

181. Zur Diagnose des Diabetes mellitus, insbesondere der Anfangsstadien desselben. Vom Sanitätsrath Dr. Veit. (Berlin. Klin. Wochenschr. 1876, 41—42.)

V. hatte im Laufe der letzten Jahre Gelegenheit, an einer ziemlichen Reihe von Fällen Diabetes schon in einem Stadium zu erkennen, in

Digitized by Google

welchem die auffallendsten Symptome desselben noch nicht in den Vordergrund getreten waren. Er erinnert mit Recht an den schon von Marschal de Calvi ertheilten Rath, bei allen chronischen, dunkeln Krankheitszuständen die Möglichkeit des Diabetes vor Augen zu haben und nie die Untersuchung des Harns zu verabsäumen, da man sonst in die Gefahr käme, leichte Formen des Diabetes, bei denen doch die Heilung nicht ausgeschlossen werden könne, zum Schaden der Kranken zu übersehen.

Aetiologisch konnte er seine Fälle auf Störungen im Nervensystem zurückführen, sei es in Folge deprimirender Gemüthseindrücke, anhaltend geistiger Anstrengungen, heftiger traumatischer Einwirkungen, speciell am Kopfe. Prädisponirende Momente sind namentlich erbliche Anlage zum Diabetes selbst, sowie zu Nerven- und Geisteskrankheiten, Fettleibigkeit, semitische Abstammung. Mehr weniger anhaltende Kopfschmerzen, die entweder als Stirn-, häufiger als Hinterhauptschmerzen auftreten und sich bis zur Occipital-Neuralgie steigern, sind im Anfange der Krankheit oft die einzigen abnormen Erscheinungen, an die sich erst später Veränderung der ganzen Gemüthsstimmung, grosse Reizbarkeit, Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Sehstörungen, Hautjucken, Furunkeln, Pruritus pudendorum, besonders vulvae anschliessen. Bei einem seiner Patienten, dessen Harn 7·6 % Zucker enthielt, war wohl neben einer grossen geistigen Unruhe und Aufgeregtheit Abnahme der geschlechtlichen Potenz vorhanden, der Durst war aber nicht vermehrt.

Therapeutisch constatirt V. die günstige Wirkung des Carlsbader Brunnens; anscheinend von günstigem Erfolge war auch das Chinin. Von Glycerin, der Carbol- und Salicylsäure hat V. keinen Gebrauch gemacht. Von besonderem Nutzen sind starke körperliche Bewegungen, kalte Waschungen, Abreibungen, Gymnastik und hauptsächlich ein wiederholter, längerer Aufenthalt in den Alpen. Jellinek.

182. Ein Fall von acuter gelber Leberatrophie. Von Dr. Wolf in Carlsruhe. (Memorabilien, 21.)

Die charakteristischen Symptome dieser Krankheit sind nach Frerichs: Mattigkeit, Kopfweh, belegte Zunge, zuweilen Erbrechen, unregelmässiger, bald reichlicher, bald retardirter Stuhlgang, Empfindlichkeit des Leibes, frequenter Puls, später rasche Verkleinerung der Leber, Vergrösserung der Milz, Icterus, charakteristische Veränderungen im Harn, Delirien, Convulsionen, Coma. Die anatomischen Veränderungen bestehen in weit verbreitetem Zerfall der Zellen und dadurch bedingter erheblicher Verkleinerung der Leber auf zwei, selbst ein Dritttheil des Organs, ansehnlicher Vergrösserung der Milz und fettiger Degeneration der Nierenepithelien. — Das Wesen der Krankheit findet Frerichs in einem Exsudationsprocesse durch eine Hyperämie der Capillaren hervorgerufen, wodurch die Ernährung der Leberzellen bei dem statthabenden Drucke aufgehoben wird und dieselben bei der leichten Zersetzlichkeit ihres Inhaltes bald dem Unter-

Digitized by Google

gange verfallen. Zugleich soll hiemit die Entstehung des Icterus als Stauungsicterus, die meist gefundene Leerheit der Gallengänge und Gallenblase, sowie das Auftreten der Gehirnerscheinungen durch die immer gleichzeitig auftretende Nierenaffection (Retention von Harnstoff im Blute) erklärt werden. Rokitansky, Henoch, v. Dusch führen die Zerstörung des Parenchyms auf eine deletäre Einwirkung der zurückgehaltenen Galle auf die secernirenden Elemente zurück und glauben den Grund der Zurückhaltung entweder in einer gestörten Innervation der Leber, oder, wie Buhl, in hochgradiger Schwäche der Herzkraft zu finden. Noch Andere schliesslich erklären den ganzen Process als sui generis, als parenchymatöse Entzündung der Leberzellen. Traube fasst den acuten Zerfall des Leberparenchyms und die davon abhängende rapide Verkleinerung der Leber als ein Ereigniss auf, das sich im Verlauf der verschiedensten acuten wie chronischen, schweren wie leichten Erkrankungen der Leber zutragen könne, vorausgesetzt, dass diese Krankheiten mit Icterus einhergehen. — Als Gelegenheitsursachen werden angegeben: heftige Gemüthsbewegungen, Schrecken und Zorn; Ernährungsstörungen, wie sie durch Excesse in venere, Syphilis, Mercurialmissbrauch, Trunksucht, aber auch durch Krankheiten wie Typhus u. s. w. hervorgerufen werden. Einen besonderen Einfluss äussert das weibliche Geschlecht; unter 31 Fällen befanden sich 9 Männner und 22 Frauen. Und von diesen waren die Hälfte bei der Erkrankung im Zustande der Gravidität, ein Umstand, der mit Berücksichtigung des andern, dass sehr häufig während der Schwangerschaft Infiltrationen der Nieren und der Leber mit körnigen Albuminaten entstehen, welche veränderte Secretion und fettige Entartung des Drüsenepithels, selbst Nephritis diffusa und Hepatitis nach sich ziehen, auf einen Causalnexus beider Zustände hinweist. (Frerichs.)

K. St., 22 Jahre alt, der in seiner Jugend mehrfach an Verdauungsbeschwerden gelitten haben soll, fühlte sich am 10. October 1873 nach dem Genusse von Wurst unwohl und steigerte sich das Uebelkeitsgefühl am 22. October bis zum Erbrechen, durch die gleiche Veranlassung. Seitdem allgemeines Unbehagen, Mattigkeit, verminderte Esslust, schlechter Geschmack, Druck und Völle in der Magengegend, Aufnahme im Lazareth am 24. October. Patient von schwächlicher Constitution, aber sonst guter Ernährung, icterisch, breite, weissbelegte Zunge: „Druck auf den Magen schmerzhaft, auf die Leber aber nicht, auch lässt sich keine Veränderung in der Grösse des Organs nachweisen.“ — Der Stuhl ist retardirt.

Am 29. October hatte der Icterus wohl etwas zugenommen, der Urin war icterisch gefärbt, die Zunge noch etwas belegt, aber der Appetit gebessert, der Stuhl regelmässig geworden. Das Allgemeinbefinden hatte sich gehoben, so dass Patient Tags vorher das Bett verlassen hatte. Der Puls war langsam, voll, Fieber überhaupt nicht vorhanden gewesen, die Temperatur betrug Abends 36,4° C. — Tinct. arom. amara. — Die Reconvalescenz schritt regelmässig vorwärts. (Patient war Abends vorher durch den Tod eines Bettnachbars sehr aufgeregt.)

1. 11. 73. Der am Morgen gelassene, noch Tags vorher ziemlich stark icterisch gefärbte Urin ist vollständig wasserhell, ohne Eiweiss, ohne Gallenfarbstoffreaction. Dagegen schlug sich bei Erhitzung des Harns, dem ein Stück Argent. nitricum und Ammon. caust. solut. im Ueberschuss zugesetzt worden war,

Digitized by Google

ein Spiegel von metallischem blanken Silber an den Wandungen des Reagenzglases nieder, und wurde bei Zusatz von Kalilauge eine verdünnte Lösung von Cuprum sulphuric. zu Cupr. oxydul. reducirt. Ein Tropfen auf dem Objectglase trocknet zu einer syrupartigen Masse ein, die aber unter dem Mikroskop keine krystallinischen Niederschläge erkennen lässt. — Mittags Erbrechen ohne besondere Veranlassung.

2. 11. Die icterische Färbung der Haut und Sclera ist intensiver geworden, Hautjucken nicht vorhanden, Stuhl regelmässig, aber wiederum fest und weiss gefärbt. Patient ist etwas benommen und spricht leise etwas verwirrt vor sich hin, klagt über bedeutende Mattigkeit und verfällt auch bald wieder in den leicht comatösen Zustand. Daraus erweckt gibt er klare und präcise Antworten. Der Puls ist regelmässig, aber gegen früher etwas beschleunigt (72 Schl.), Temperatur 36,1° C. Nachmittags erfolgte ein diarrhoischer Stuhl, der Urin bleibt wasserhell.

3. 11. Morgens ist Patient etwas mehr benommen und antwortet erst auf wiederholtes Anrufen und Schütteln, der Puls hat sich auf 96 Schläge in der Minute gehoben. Zunge fuliginös belegt, Urin völlig klar ohne Farbstoff und ohne Niederschläge beim Verdunsten; der linke Leberlappen reicht kaum bis zur Mittellinie, die obere Grenze des rechten beginnt in der Mammillarlinie mit der 6. Rippe, die untere erreicht den Rippenbogen nicht mehr, auch ist die Percussion schmerzhaft (Verziehen des Gesichtes). Milz nicht vergrössert; Haut trocken, Pupillen weit und träge auf Lichteindrücke reagirend. — Ab und zu Brechbewegungen, ohne dass es zu eigentlichem Erbrechen gekommen wäre. Nachmittags erfolgte spontaner Urinabgang, wodurch Hemd und Betttuch intensiv gelb gefärbt wurden. Athembewegungen tief, regelmässig (16), Temperatur 37,6. — Gegen Abend, etwa alle anderthalb Stunden, aber auch dann, wenn man etwas stärker auf die Blasen- und Lebergegend drückt, werden schnellere und tiefere Athembewegungen ausgelöst, verbunden mit Zähneknirschen und krampfhaften Bewegungen der Arme gegen die Brust hin. Leib stark eingezogen. Nachmittags 6 Uhr stellte sich ein eigenthümlicher widerwärtiger süsslich cadaveröser Geruch der Exspiration des Patienten ein, der bald das ganze grosse Zimmer durchdringt. T. 37,8.

4. 11. Die Nacht verging in tiefem Coma. Die Respiration war tief, gleichmässig, mit einzelnen Unterbrechungen, wo sie weniger ausgiebig und schneller wurde, wo überhaupt Trismus und Convulsionen auftraten. Der Puls wurde klein, frequent (118), regelmässig. Der Urin wurde spontan gelassen, war stark mit Gallenfarbstoff tingirt und reichlich. Bei etwas stärkerem Druck auf den Magen wurde eine geringe Menge einer braunrothen Flüssigkeit erbrochen. T. 38,2. Die Leberdämpfung war noch mehr verkleinert und zwischen rechter Mammillar- und Axillarlinie kaum handtellergross nachzuweisen.

Mittags wurde die Brusthaut leicht ödematös, die Convulsionen wiederholten sich seit Kurzem in kleineren Zwischenräumen und sind heftiger wie früher, so dass Patient dabei stark auf die eine oder die andere Seite gezogen wird, stöhnt, was er vorher nicht that, die Füsse zuckend anzieht und kräftig wieder von sich streckt. Am Schlusse des Anfalles tritt gewöhnlich Erzittern des ganzen Körpers ein. Bis Nachmittag 5 Uhr erbrach Patient zwei Mal. Die Pupillen sind weit, reactionslos, eine aus der Haut des linken Armes entnommene Blutprobe enthielt zahlreiche weisse Blutkörperchen. T. 38,6. Nachmittags 5 Uhr 10 Minuten exitus lethalis.

Section 16 St. p. m. Haut schmutzig gelb gefärbt, auf der Brust mässig ödematös. Die Dura mater zeigte bedeutende venöse Hyperämie, sowie pachionische Granulationen. Der Sinus longitudinalis namentlich in seinem hintern Theile stark mit dunkelrothem Blute gefüllt, auch die Venen der Pia strotzen von Blut, und ist in ihr Gewebe wie zwischen ihr und den sehr tiefen Gyri ödematöse Aus-

Digitized by Google

schwitzung vorhanden. In der hintern Schädelgrube etwa zwei Esslöffel blutig seröser Flüssigkeit. Beide Hemisphären auf den Durchschnitten mit zahlreichen grösseren und kleineren Blutpunkten versehen.

Im linken Pleurasack befinden sich einige Unzen klarer gelbgefärbter Flüssigkeit, rechts sind beide Blätter in ganzer Ausdehnung mit einander verwachsen.

Herz schlaff, in den Papillarmuskeln geringe Verfettung. Die hintern Partien beider Lungen sind durch Hypostase mit Blut gefüllt, in den Bronchien schaumiges Secret.

Der Magen enthält eine geringe Menge schwarzer schmieriger Flüssigkeit, seine Schleimhaut ist in der Curvatura major stark gerunzelt und zeigt im Fundus zahlreiche ältere, am Pylorus einzelne frische Ecchymosen. Die Milz ist nicht vergrössert, ihr Ueberzug gerunzelt. Die Nieren zeigen bedeutende venöse Hyperämie, vor allem einzelner Pyramiden neben icterischer Färbung des Parenchyms und beginnende Verfettung des Epithels der Harncanälchen (körnige [parenchymatöse] Degeneration). Die Kapsel lässt sich leicht und ohne Adhärenzen von der glatten Oberfläche abziehen. Die Leber ohne Verwachsungen mit den benachbarten Gebilden, ist in allen ihren Durchmessern verkleinert. Die Länge des linken Lappens von hinten nach vorn beträgt 11,0, die des rechten 16,0 Centimeter, die Breite links 8,0, rechts 12,5 und die Höhe von oben nach unten am linken Lappen 2,0, am rechten 4,0 Centimeter. Das Gesammtgewicht der Leber beläuft sich auf 630 Gramm. Ihr Ueberzug ist gerunzelt und lässt neben der rothbraunen, im hintern Theile wegen Senkungshyperämie mehr dunkleren Farbe des sonst blutarmen Gewebes zahlreiche stecknadelkopf- bis kleinapfelgrosse hellgelbe Inseln durchschimmern und etwas hervorragen. Solche Stellen finden sich auf der obern Seite am vordern Rande des rechten wie linken Lappens, unten vorzugsweise am linken, wie Spiegel'schen Lappen. Dieselbe Färbungsverschiedenheit zeigt sich auch auf Durchschnitten und treten auch hier die hellgelben Stellen etwas buckelartig hervor.

Acini lassen sich in dem fast durchweg schlaffen und matschen Gewebe nur selten erkennen, wo sie aber vorhanden, zeigen sich die Leberzellen meist etwas vergrössert, vielfach mit doppelten Kernen und zum Theil auch verfettet. Im Allgemeinen sieht man unter dem Mikroskope nur formlosen Detritus, zahlreiche Kerne, viele Fetttropfen. Haufen von Thyrosinnadeln und Leucinkugeln neben den Faserzügen unveränderten Stroma's. Die Gallengänge und -Blase waren durchgängig, aber leer.

Epikrise. — Ein Excess im Essen leitete den katarrhalischen Icterus, ein heftiger Schrecken eine Affection der Nieren ein, wie durch den nach Farbe und Zusammensetzung eigenthümlichen Harn erkannt werden kann. Durch den bereits bestehenden Icterus, den Katarrh der Gallenwege, ist die Leber als Organ zum Locus minoris resistentiae geworden und die neuaufgetretene Affection der Nieren vermag nun den Anstoss zu ihrer weitern Erkrankung zu geben. Am nächsten Tage, den 2. November, tritt eine Mitbetheiligung des Sensoriums hervor und es entwickeln sich nun in rascher Folge alle Symptome der acuten gelben Leberatrophie, welche in kürzester Frist (3 Tagen) den Tod des Patienten herbeiführt. Das Fehlen einer Vergrösserung der Milz steht nicht einzig da, und schon Frerichs führt unter 23 Fällen 4 auf, bei denen dreimal die Milz normal und einmal sogar klein war. Schwarz.

Digitized by Google

183. Plötzlicher Tod durch Syncope im Verlaufe des typhösen Fiebers. Von M. Libermann. (Gaz. d. Hop. Nr. 6 und 7, 1877.)

L. theilt zwei Fälle mit, bei welchen im Verlaufe von Abdominal-Typhus plötzlicher Tod durch Syncope eingetreten ist, und zwar im ersten Falle bei einem 25jährigen Soldaten am 6. Tage, im zweiten Falle bei einem 22jährigen Soldaten in der Reconvalescenz am 41. Tage der Erkrankung; die Krankheit nahm ihren regelmässigen Verlauf; nur die Diarrhoe persistirte; der Kranke stieg vom Bette, um sich auf den Leibstuhl, welcher neben demselben stand, zu setzen; als er sich bückte, stürzte er zusammen und seine schnell herbeieilenden Nachbarn legten ihn todt auf das Bett zurück. Die anatomische Untersuchung zeigte weder in dem einen noch in dem andern Falle irgendwelche Veränderung, welche den plötzlichen Tod erklären konnte, im Gehirn und im Herzen (letzteres mikroskopisch untersucht) negativer Befund. — Was die Ursache des plötzlich eintretenden Todes betrifft, so meint L., dass weder die Erklärung von Dieulafoy, nach welcher der Tod durch einen Reflex, ausgehend von einer Irritation des Darmes, noch die Theorie von Hayem, nach welcher er durch Fettdegeneration der Herzmusculatur bedingt sei, für alle Fälle ausreiche, sondern dass für manche eine plötzlich eintretende Anämie des Gehirns angenommen werden könne. Am Schlusse theilt L. die kurze Krankengeschichte eines Soldaten mit, der sich nach einem Anfalle von Syncope vollständig erholte, als tröstlichen Beweis, dass nicht alle derartigen Anfälle lethal enden. Heitler.

184. Lebercirrhose mit Ascites bei einem 5jährigen Kinde. Von Dr. Unterberger. (Jahrb. f. Kinderkr., 9. B., 4 H.)

Ein 5jähriger Knabe wird mit hochgradigem Ascites am 29. Juli in das Nikolai-Kinderspital (St. Petersburg) aufgenommen.

Bei der Untersuchung findet man: Hochgradige Anämie, hohen Zwerchfellstand, Bronchialkatarrh. Der Herzstoss $1^1/_2$ Ctm. nach Aussen von der Brustwarze, Harn eiweissfrei, kein Icterus.

Nach der punctio abdominis, bei welcher 2000 Ctm. einer klaren, eiweisshältigen Flüssigkeit entleert worden waren, konnte man an der eher etwas vergrösserten, als kleineren Leber einen scharfen Rand, eine höckerige, derbe Oberfläche, ein verdicktes lig. teres, nirgends Fluctuation nachweisen. Die Milz war vergrössert und von lederartiger Beschaffenheit.

Wegen der Unwahrscheinlichkeit einer Echinococcusblase, die nur im hintern Theile des rechten Leberlappens hätte sitzen können und weil die Scharfrandigkeit der Leber eine amyloide Degeneration ausschloss, zog man die Möglichkeit des Vorhandenseins einer Lebercirrhose in Erwägung.

Nach einer 3 Wochen später nothwendig gewordenen 2. Punction, bei welcher wieder 2700 Ccm. Flüssigkeit entleert worden waren, konnte

Digitized by Google

man nachweisen, dass der linke Leberlappen etwas gewachsen war. 15 Tage später starb der Knabe, der sich bis dahin relativ wohl befunden hatte, sogar herumgegangen war, an Peritonitis.

Ausser der Peritonitis fand man:

Den rechten Leberlappen 18 Ctm. lang, 13 Ctm. hoch, 6 Ctm. breit, den linken Lappen 11 Ctm. lang. Auf dem Durchschnitte fleischrothe Färbung. Die Oberfläche des rechten Lappens ist höckrig, der linke Lappen und der lob. Spigelii glatt. Mikroskopisch theils frische, theils alte Bindegewebswucherung nachweisbar. Stauungsmilztumor.

Das Vorwiegen der cirrhotischen Wucherung im rechten Leberlappen wurde bei Kindern auch von andern Beobachtern hervorgehoben.

Eisenschitz.

185. Die Puerperalpsychosen. Von Prof. Leidesdorf. (Aus dem Berichte der Privatheilanstalt zu Ober-Döbling.)

Die Erfahrung lehrt, dass eine bestehende Gemüthsstörung durch die Gravidität und den Puerperalprocess in der Regel nicht beeinflusst wird, und dass der Rath, den man den Eltern geisteskranker Mädchen nur zu häufig ertheilt — sie zu verheiraten — ein nicht gut zu verantwortender, nur sehr ausnahmsweise heilbringender ist.

In denjenigen Fällen, in denen die Psychose bei früher geistig gesunden Frauen während des Puerperiums auftritt, brach sie meist zwischen dem 6. und 10. Tage, oder aber in der 3. bis 8. Woche nach der Geburt aus. In der Zeit vom 10. bis 21. Tage ist kein Fall zu verzeichnen. Alle Fälle, in denen die Geistesstörung sich kurz nach der Entbindung einstellte, waren unter stürmischen psychischen Erscheinungen aufgetreten, mitunter kann der Zusammenhang dieser Symptome mit wirklicher Blutintoxication nachgewiesen werden.

Die Prognose der puerperalen Psychosen ist eine günstige. Mit Ausnahme jener Frauen, welche bereits früher seit längerer Zeit psychisch erkrankt waren, genasen alle.

Schwarz.

186. Ueber Calorimetrie. Offener Brief an Herrn Prof. Liebermeister in Tübingen. Von Dr. Wilhelm Winternitz in Wien. (Virch. Arch. 66.)

W. fasst angesichts des Umstandes, dass Prof. Liebermeister in seinem Werke über das Fieber (1875), W.'s Einwände gegen die von L. angewendete calorimetrische Methode nicht beachtet hatte, alle diese Einwände nochmals zusammen.

W.'s wesentlichste Bedenken gegen L.'s directe calorimetrische Methode bestehen in Folgendem:

I. Durch Versuche hat W. (1871) nachgewiesen, dass die von dem im Bade befindlichen Körper an das Wasser abgegebenen Wärmemengen nicht genau bestimmbar seien, und dass auch dann, wenn man mit den grösseren Cautelen Murri's arbeitet, der hier resultirende Fehler wohl

Digitized by Google

verringert zu werden vermag, aber nicht ganz verschwindet: in dem Resultate erscheint er immer mit der ganzen Wassermasse multiplicirt.

Abgesehen von den schwer abzuschätzenden Temperatur-Verschiedenheiten in den verschiedenen Wasserschichten, namentlich in von L. verwendeten Metallwannen, erinnert W. nur an die Angabe von Jacobs, dass trotz guten Umrührens und verlässlicher Mischung des Badwassers beim Heraussteigen aus der Wanne die den Körper unmittelbar berührenden, und nun von demselben abfliessenden Wasserpartikel sich mit dem Badewasser mischen, und dieses in seiner Gesammttemperatur merkbar erwärmen. Diese Angabe ist eine Stütze für W.'s Ansicht, dass die den Körper zunächst berührenden Wasserschichten, sowie die an den Wänden der Wanne haftenden ziemlich bedeutende Temperaturdifferenzen zeigen können, und dass der hieraus resultirende Fehler von L. nur sehr ungenau ermittelt wird.

Der mögliche Fehler im Ablesen der Temperatur des Badewassers wird von L. mit 0,01 angegeben — genaue Controlversuche W.'s überzeugten W., dass der hieraus abzuleitende Fehler 0,03 überschreiten könne. Die von der unvollständigen Mischung der Wasserschichten herrührende Ungenauigkeit wird in den für jede Zeiteinheit berechneten Calorien mit der Wassermasse multiplicirt, und in dem Endresultat als Summe der Einzelnfehler erscheinen. Die Fehlergrenze in dieser Richtung kann nur annähernd indirect bestimmt werden; denn von 5 zu 5 aufeinander folgenden Minuten schwankt die Grösse der Wärmeabgabe an das Badewasser in L.'s zwei hier mitgetheilten Musterversuchen, nach L.'s eigenen Berechnungen, zu einer Zeit, wo von L. schon eine annähernde Gleichheit der Wärmeabgabe für die Zeiteinheit postulirt wird, bis um fast 6 Calorien. Dabei ist es besonders bezeichnend, dass in den späteren Zeiteinheiten der Wärmeverlust öfters um so viel beträchtlicher als in den vorhergehenden ist. W. scheint dies besonders deutlich für die Ungenauigkeit der Methode zu sprechen. Eine Berechnung der mittleren Schwankungsdifferenzen der Wärmeabgabe (mit Ausschluss der ersten 20 Minuten in L.'s zweitem Badeversuche) ergibt 3,3 Calorien für die Zeiteinheit von 5 Minuten. Es würde dies für die 18 Zeiteinheiten der Badedauer einen Fehler von 59 Calorien betragen können. Es ist also die von L. angenommene Gleichheit der Wärmeabgabe nach einer kürzeren oder längeren Badedauer aus L.'s Versuchen durchaus nicht ersichtlich. Noch weit grösser sind aber die Fehlergrenzen und Fehler bei L.'s Berechnung der Wärmeproduction unter Wärmeentziehungen.

Notorisch nachweisbar und nachgewiesenermassen falsch ist nämlich L.'s Satz: „Die Körpertemperatur eines gesunden Menschen bleibt, wenn derselbe ein gewöhnliches kaltes Bad nimmt, während längerer Zeit unverändert, oder zeigt sogar ein geringfügiges Steigen", „trotz dem enormen Wärmeverlust wird der im Innern des Körpers bestehende Wärmevorrath nicht vermindert."

Digitized by Google

Denn wiederholt wurde nachgewiesen, dass Achsel- oder Rectum-Messungen allein, oder auch beide gleichzeitig, keinen Massstab für das Verhalten der Körpertemperatur, namentlich für das Verhalten des Wärmevorrathes im Körper unter wärmeentziehenden Bedingungen abgeben können. Auch bei sehr mässigen Wärmeentziehungen (trockene Frottirung der Körperoberfläche) kann ein Steigen der Achselhöhlen-, ein Sinken der Rectum-Temperatur beobachtet werden. Selbst wenn nur die eine Beobachtung Riegel's vorliegen würde, dass bei Wärmeentziehungen die Hohlvenentemperatur rascher und tiefer sinkt, als die im Rectum, und diese beträchtlich tiefer als die Achselhöhlenwärme, so dürfte man, auf eine Achselhöhlen- oder Rectum-Messung allein gestützt, nicht mehr von einem Constantbleiben oder Steigen der Körpertemperatur sprechen, und aus so ungenügenden Daten die während einer Wärmeentziehung stattfindende Wärmeproduction berechnen wollen. Wenn wir die von Riegel gefundenen Zahlen für die relative Abkühlung der einzelnen Gewebe und Körperschichten bei der Berechnung der Wärmeproduction in dem einen oder dem anderen von L.'s „Musterversuchen" einführen, so ergibt sich ein ganz anderes Resultat für die Grösse der Wärmeproduction in denselben, als L. es fand. Riegel constatirte nämlich, dass sich die Abfallsgrössen der Temperatur in den verschiedenen Körperschichten eines Hundes in einem 25° Vollbad von 18 Minuten Dauer folgendermassen verhielten:

Abfallsgrösse:

Vena cava	Rectum	Axilla	Schenkelhaut
2°,0	1°,32	0°,7	7°,78.

Analoge Differenzen in dem Temperaturabfall der verschiedenen Körperschichten sind bei Wärmeentziehungen auch am Menschen seit Fiedler und Hartenstein vielfach beobachtet worden. Betrachten wir von diesen Gesichtspunkten aus das Resultat von L.'s zweitem so beweisenden „Musterversuche". Bei diesem Versuche hatte Herr Cand. med. Fismer, ein 24jähriger 84,8 Kgr. wägender Mann, 90 Minuten in einem Bade von 20°,92 zugebracht, und dabei nach L. einen Wärmeverlust von 441 Calorien, respective nach Hinzurechnung der durch Respiration und Kopf abgegebenen Wärme von 467 Calorien erlitten. — Dass diese Ziffer um Vieles zu hoch gerechnet sein kann, hat W. früher erörtert. In diesem Versuche sank die Achselhöhlen-Temperatur nur um 0,2° C.

Wir werden vielleicht das Verständniss für die folgenden Auseinandersetzungen erleichtern, wenn wir eine approximative Abschätzung des Wärmevorrathes versuchen, der im Körper des Herrn Fismer vor dem Bade vorhanden gewesen. Die Temperatur der Achselhöhle des genannten Versuchsobjectes betrug vor dem Bade 37,5. Herr F. war also vor dem Bade wahrscheinlich etwas wärmer, als dies der Norm und den im Rectum gefundenen Tagesmitteln der betreffenden Stunde entspricht. Da Herr F. sich keiner Abkühlung vor dem Bade aussetzte, ist anzunehmen,

Digitized by Google

dass seine Peripherie zu dieser Zeit ziemlich warm gewesen sei. Unter den bestehenden normalen Verhältnissen dürfte gleichzeitig das Rectum um 0,3—0,5° höher temperirt gewesen sein als die Achselhöhle, und auch die Blutwärme dürfte um noch einige Zehntheile eines Grades wärmer gewesen sein als das Rectum. Wir rechnen daher gewiss nicht zu günstig, wenn wir die Durchschnittstemperatur des Körpers mit 37° annehmen.

Die in neuester Zeit von Adamkiewicz gefundene Thatsache, dass die specifische Wärme des Muskels eine bedeutend höhere sei, als selbst die des Wassers, lässt es glaublich erscheinen, dass wir sehr ungünstig rechnen, wenn wir die Wärmecapacität des Körpers wie üblich mit 0,83 veranschlagen. Der Wärmevorrath im Körper des nahezu 85 Kgr. schweren Herrn F. ist demnach mindestens gleich $37 \times 85 \times 0{,}83 = 2610$ Calorien. Wie viel von dieser Wärmemenge konnten die Haut und das Unterhautzellgewebe enthalten? Aus den Untersuchungen von Rosenthal und namentlich Adamkiewicz lässt sich entnehmen, dass der Temperaturabfall erst in den peripherischesten Schichten ein schroffer ist. Wenn wir Haut- und Unterhautzellgewebe mit $^1/_6$ des Körpergewichtes beziffern, was nach Ranke's Gewichtsbestimmungen für Herrn F. nicht zu hoch genommen sein dürfte, und die Hälfte davon, also 7,08 Kgr. blos auf 36° C. schätzen, die anderen 7,08 Kgr. auf 37° veranschlagen, was bei 37,5 Achselhöhle gewiss nicht übertrieben gerechnet ist, so werden wir wohl der Wahrheit nahe kommen. Nach dieser Berechnung würden Haut- und Unterhautzellgewebe etwa 429 Calorien enthalten.

Der Moment, wo die peripherischen Schichten aufhören können, von dem eigenen Wärmeinhalte abzugeben, und also nur (von der eigenen Wärmeproduction abgesehen) noch in dem Masse Wärme abgeben können, als ihnen dieselbe vom Innern zugeführt wird, kann erst dann eintreten, wenn die Temperatur derselben mit der berührenden Wassertemperatur sich vollständig ausgeglichen haben wird. Wie gross also konnte die Wärmeabgabe der Peripherie, der Haut- und des Unterhautzellgewebes in dem $1^1/_2$stündigen Bade gewesen sein?

Murri hat gezeigt, dass die Temperatur unter der Doppelhaut des Präputiums schon nach wenigen Minuten sich mit der Umgebungstemperatur fast in's Gleichgewicht setzt, öfters kaum um 0,1 von dieser differirt. Wenn wir dazu berücksichtigen, dass nach Klug's Untersuchungen die Wärmeleitungsfähigkeit der Haut nicht allzu gering ist, so werden wir es immerhin für möglich halten können, dass bei der im kalten Bade so sehr beschränkten peripherischen Circulation, bei einer Dauer des Bades von $1^1/_2$ Stunden nach diesem Haut- und Unterhautzellgewebe nur um wenige Zehntheile eines Grades wärmer sein dürften, als das Badewasser. Erst in der Muskelschicht finden sich höhere Temperaturen und es konnte $^1/_{12}$ des Körpers, die äusserste Peripherie von 36° bis 23°, — das zweite $^1/_{12}$ von 37° bis 23° abgekühlt worden sein, was einem Wärmeverlust

Digitized by Google

von 158 Calorien entsprechen würde. Nach dieser höchst ungünstigen Berechnungsweise würde sich die peripherische Abkühlung auf weniger als $^1/_3$ des gesammten Wärmeverlustes im Bade belaufen, während Jacobs aus seinen Versuchen sich zu dem Schlusse berechtigt glaubt, dass die locale Abkühlung der Körperoberfläche mindestens $^2/_3$, wahrscheinlich aber sogar $^3/_4$ der gesammten an das Bad abgegebenen Wärmequantität beträgt, was wohl auch dafür spricht, dass L. den Wärmeverlust im Bade fehlerhaft berechnet.

Dass die Quantität der peripherischen Abkühlung grösser gewesen sein müsse, als sie hier berechnet wurde, wird wahrscheinlich, wenn man bedenkt, dass die peripherischen Theile, Hände, Füsse (Stromaier und Esmarch) bis in die Knochenhöhle hinein bei längeren Wärmeentziehungen Temperaturerniederungen erkennen lassen. Dass auch die inneren Theile in dem hier besprochenen Versuche eine Abkühlung erfahren haben, geht aus dem Sinken der Achselhöhlenwärme während des Bades um 0,2 hervor. Die Abkühlung tieferer Körperschichten muss mehr als die der Achselhöhle betragen haben. Würden wir Riegel's relative Abfallszahlen hier in die Rechnung einführen, so hätte die Abkühlung des Blutes 0,57, die des Rectum 0,37 betragen. Es wäre dies aber bestimmt zu niedrig veranschlagt, da Riegel's Ziffern aus den Resultaten eines 25° Bades von nur 18 Minuten Dauer abgeleitet sind. Ein im Durchschnitt um 5° kälteres und 5mal so lange dauerndes Bad muss die Temperatur der inneren Organe viel mehr herabgesetzt haben. — Ein Versuch, den W. mit einem 20° Bade in der Dauer von 30 Minuten bei einem 72 Kilogramm schweren 30jährigen Manne anstellte, setzte die Achselhöhlen-Temperatur von 37°,3 auf 37°,1 herab. Die Rectum-Temperatur, die vor dem Bade 37°,6 zeigte, war unmittelbar nach dem Bade auf 36°,9 gesunken. Also während die Achselhöhle um 0,2 sank, hatte im Rectum die Temperatur um 0,7 abgenommen, um noch durch eine halbe Stunde bis auf 36°,4 herabzugehen. Nehmen wir in L.'s Versuche an Herrn F. die um 0°,2 herabgesetzte Achselhöhlen-Temperatur als den Ausdruck der Abkühlung der Muskelschicht an, die etwa 38 pCt. des Körpergewichtes = 32,3 Kilo ausmacht, so beträgt dies einen nicht wiederersetzten Wärmeverlust von 5,36 Calorien. Die übrigen 39,7 Kilogramm Körper sind nach W. und Riegel tiefer als die Achselhöhle abgekühlt worden. Rechnet man nach Riegel, so konnte die Abkühlung von Blut, Eingeweiden, Knochen und drüsigen Gebilden bis 16,5 Calorien betragen. Rechnet man nach W.'s oben mitgetheiltem Versuche, so konnte die Abkühlung dieser Gebilde bei Herrn F. bis über 23 Calorien betragen. Also von den nach L. an das Bad abgegebenen 467 Calorien sind 175 Calorien durch die normale Production während der Badedauer geliefert worden, 158 Calorien betrug mindestens die peripherische Abkühlung. Die Abkühlung der inneren Organe konnte 22—28 Calorien ausmachen, die noch fehlenden 106—112 Calorien, wenn wir die von L. gefundene Grösse der Wärmeabgabe als

Digitized by Google

richtig acceptiren würden, mussten aber auch nicht völlig auf eine während der Badedauer gesteigerte Wärmeproduction bezogen werden.

L. selbst gibt einen möglichen Beobachtungsfehler von 28 Calorien für den hier behandelten Versuch zu, W. glaubt denselben mit 59 Calorien, vielleicht noch viel mehr, bewerthen zu sollen. Ausserdem ist die nicht zu unterschätzende, aber nicht abzuschätzende, weit grössere peripherische Abkühlung nicht in Rechnung gestellt.

Es würde dies die während des Bades stattfindende Steigerung der Wärmeproduction auf 78, ja auf 47 Calorien und noch tiefer herabdrücken. Die Mehrproduction an Wärme in diesem Musterversuche dürfte demnach weit geringer gewesen sein, als L. dieselbe veranschlagt, ja bei der Unsicherheit der Bestimmung der Fehlergrenzen ist es ganz gut möglich, dass die Wärmeproduction gar nicht beträchtlich gesteigert gewesen sei. Uebrigens vertheidigt W. den absoluten Werth seiner Ziffern nicht und hat die ganze Aufstellung der Rechnung blos den Zweck, zu zeigen, dass L.'s Ziffern nicht beweiskräftiger sind, als die von W.

Der Umstand, dass unmittelbar nach dem Bade die Achsel- und Rectum-Temperaturen meist sehr tief herabgehen, ein Factum, das L. aus der supponirten, nicht begründeten, verminderten Wärmeproduction nach dem Bade abzuleiten versucht, dürfte sich weit natürlicher, weil einfach physikalisch, aus dem nach dem Bade stattfindenden Ausgleiche zwischen der tief abgekühlten Peripherie und den weniger abgekühlten inneren Organen erklären, wie dies schon von verschiedenen Autoren L. vorgehalten wurde.

Die Grösse der Temperaturherabsetzung im Rectum nach dem Bade, wenn wir dieselbe auf die $^5/_6$ des weniger als die Peripherie abgekühlten Körpers beziehen, gibt einen weiteren Anhaltspunkt dafür, dass die von W. approximativ berechnete Grösse der peripherischen Abkühlung als wahrscheinlich noch viel zu niedrig gerechnet anzusehen sei, und einen Beweis, dass die Wärmeproduction während des Bades nicht sehr hoch gesteigert sein konnte. Oft sah W. nämlich in der ersten Stunde nach dem Bade die Rectum-Temperatur um $1^1/_2$—2^0 sinken. Abstrahirt von der noch tieferen Herabsetzung der Bluttemperatur und der verminderten Wärmeabgabe, mussten, um das Sinken der Mastdarmwärme zu erklären, die inneren Organe der Peripherie 141 Calorien mittheilen. Wenn, wie L. annimmt, die Wärmeproduction um die Zeit, wo Körper- und Bluttemperatur wirklich herabgesetzt sind, auch noch beträchtlich vermindert wäre, dann würde wohl die Wiedererwärmung nach Wärmeentziehungen weit grösseren Schwierigkeiten unterliegen, als dies wirklich der Fall ist.

Aus der Constanz der Körpertemperatur bei gesteigertem Wärmeverlust kann L. demnach nicht auf die Grösse der Wärmeproduction während der Wärmeentziehung schliessen, noch weniger sie dem Verluste gleichsetzen, denn eine solche Constanz des Wärmevorrathes besteht eben unter den angegebenen Bedingungen nicht.

Digitized by Google

Es hat dies besonders schön Adamkiewicz (1873) ausgesprochen:

„So mannichfaltig auch die Mittel sein mögen, die die Natur den höher organisirten Thieren verliehen hat, die Wärme ihres Körperinneren dem Wechsel äusserer Temperaturen möglichst zu entziehen, und so sehr sie sie selbst durch ihren Instinct zu unterstützen wissen; — es genügen dieselben ihrem Zweck doch nur in den engen Grenzen günstiger Bedingungen. Ausserhalb derselben fehlt der Eigenwärme des Warmblüters in der That jene gerühmte Beständigkeit, die man für eine der „wunderbarsten Thatsachen" in der Natur zu halten geneigt war. Schon älteren Forschern, wie Edwards und Legallois war es bekannt, dass die Temperatur von Säugern und Vögeln unter Umständen den Einflüssen ihrer Umgebung nicht widersteht.

J. Davy wies nach, dass die Temperatur des Warmblüters schon beim Uebergang in ein wärmeres Klima um 0,5—1,0° C. zunimmt.

Den Forschungen der neuesten Zeit aber ist das Dogma von der unerschütterlichen Temperaturconstanz des Warmblüters vollends unterlegen."

Es ist also die Möglichkeit einer Steigerung der Wärmeproduction bei Wärmeentziehungen nicht abzuweisen, aber es sind weder die an das Badewasser abgegebenen Wärmemengen, noch weniger die gleichzeitig producirten Wärmequantitäten nach L.'s calorimetrischen Methoden auch nur annähernd abzuschätzen.

Dass L. Murri's nach L.'s Methode angestellte Versuche, in denen der genannte Autor die Steigerung der Wärmeproduction im kalten Bade nicht zu bestätigen vermochte, in ihrer Beweiskraft abzuschwächen versuchen musste, war wohl vorauszusehen. Es geschieht dies damit, dass L. es bemängelt, die spontane Abkühlung sei nicht bei jedem einzelnen Versuche, sondern unter den nöthigen Cautelen mit Beibehaltung aller Versuchsbedingungen im Vorhinein festgestellt worden. Wenn die Abkühlung des Wassers nur einigermassen unregelmässig vor sich gehe, werde das ganze Resultat in Frage gestellt. Ist aber eine solche Unregelmässigkeit der Abkühlung des Wassers unter den gleichen Versuchsbedingungen zu vermuthen, so ist ja die ganze Basis solcher Versuche erschüttert, indem ja während der Badedauer solche Unregelmässigkeiten mit weit mehr Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind, und deshalb auch die unmittelbar vor und nach dem Bade gefundenen Werthe für die spontane Abkühlung nur der sehr ungenaue Ausdruck derselben für die Badezeit sein werden, demnach das ganze Resultat in Frage stellen können.

Zur Widerlegung von L.'s Versuchsergebnissen jedoch sind Murri's Versuche vollkommen geeignet: sie zeigen so sicher, als dies nach L.'s Versuchsmethode möglich ist, dass die Wärmeproduction im kalten Bade nicht oder nicht wesentlich gesteigert ist, jedenfalls nicht in dem Grade, wie L. es behauptet.

L. glaubte ferner durch den Nachweis, dass die CO_2-Ausscheidung unter Wärmeentziehungen gleichfalls zunimmt, seiner Theorie eine

Digitized by Google

scheinbar sehr feste Stütze zu geben. Ja noch mehr, es stimmt ihm, wenn auch mit einiger Schwierigkeit die Rechnung, dass die Vermehrung der CO_2-Ausscheidung hinreiche, die vermehrte Wärmebildung zu decken. Dass die CO_2-Ausscheidung während und nach Wärmeentziehungen kein Massstab sein könne für die gleichzeitige Wärmeproduction, hat W. schon 1875 gezeigt. Er habe darauf hingewiesen, dass CO^2-Ausscheidung nicht identisch ist mit CO_2-Production. Die Vermehrung derselben im kalten Bade ist die wahrscheinliche Folge einer vollkommeneren Ausathmung, und, wie namentlich von Berthelot erwiesen wurde, ist die CO_2-Bildung kein genügender Massstab der Wärmeproduction. — W. zeigt jetzt, dass L.'s Rechnung mit seiner Beobachtung gar nicht stimmen dürfte.

Claude Bernard hat nachgewiesen, dass das venöse Blut aus einer functionirenden Speicheldrüse mit hellrother Farbe und mit höherer Temperatur zurückkehrt. Das aus einem in Thätigkeit befindlichen Muskel ausfliessende venöse Blut zeigt gleichfalls eine Temperatursteigerung im Vergleiche zu dem zugeführten arteriellen Blute, dagegen ist die Farbe desselben dunkel. Das hellrothe wärmere venöse Blut der secernirenden Drüse enthält weniger CO_2 und mehr O, als das aus dem thätigen Muskel zurückkehrende. Trotz der Wärmezunahme von Drüse und Muskel bei ihrer Function ist die Oxydation des Blutes vermindert in der ersteren, vermehrt in dem letzteren. Die Oxydation des Blutes kann demnach kein verlässlicher Massstab sein für die Wärmeproduction. Man muss darauf verzichten, die Intensität der Wärmeerzeugung und der chemischen Vorgänge abzuschätzen nach der mehr oder weniger tiefen Veränderung der Blutmasse. Nicht blos Oxydationsvorgänge erzeugen Wärme, sondern die verschiedensten chemischen Vorgänge, wie Verdoppelungen, Fermentationen etc. Ja, es gibt sogar Oxydationen, die ohne Wärmebildung einhergehen, wie die Oxydationen von Chlor und Stickstoff. Man schreibt diesen Oxydationen die Fähigkeit zu, Wärme zu absorbiren. Um die im Körper von Warmblütern entwickelte Wärme zu berechnen, genügt es nicht, den verbrauchten O und die ausgeschiedene CO_2 zu kennen, es müsste der Zustand des Organismus am Ende des Experimentes identisch sein mit dem im Beginne desselben. Diese absolute Identität ist jedoch nicht zu erreichen. Ferner werden die in den Organismus eingeführten Stoffe im Körper nicht vollkommen zu Wasser und CO_2 verbrannt, ein Theil derselben gelangt, unvollständig verbraucht, als Excrementitialproduct zur Ausscheidung.

Cl. Bernard gelangt zu dem Schlusse, dass das chemische Phänomen, welches die animalische Wärme erzeugt, nicht mit dem Ausdrucke Verbrennung im gewöhnlichen Sinne gedeckt wird, es wird nicht gedeckt durch die Production von CO_2 und das Verschwinden von Oxygen. Die functionirende Drüse verbraucht weniger O und bildet mehr Wärme. Die Grösse der CO_2-Ausscheidung kann demnach unmöglich ein Massstab für die gesammte Wärmeproduction im Körper sein. — Wir aber sind dem-

Digitized by Google

nach wohl berechtigt, anzunehmen, dass, wenn die von L. gefundene Grösse der CO_2-Ausscheidung mit der von ihm gefundenen Steigerung der Wärmeproduction stimmt, Rechnung, Beobachtung oder beide unrichtig sein müssen.

Dass die Mängel von L.'s calorimetrischen Versuchen bei Fieberkranken sich beträchtlich potenziren, dürfte nicht schwer zu erweisen sein. Zunächst ist es unbestritten, dass in der Fieberhitze die peripherischen Theile, Haut- und Unterhautzellgewebe, wärmer sind als im physiologischen Zustande. Ist dies aber der Fall, dann muss im kühlen Bade die auf die peripherische Abkühlung zu beziehende Wärmemenge entschieden beträchtlich zunehmen. Wenn man nun in L.'s calorimetrischem Versuche an Fiebernden die der Wahrheit sich annähernden, bestimmt aber auch viel zu niedrigen Ziffern für die peripherische Abkühlung einführt, so wird sich zeigen, dass der von L. für den Fiebernden gefundene Werth für die Wärmeproduction im kalten Bade viel zu hoch veranschlagt ist.

Berechnen wir auf diese Art gleich den ersten von L. mitgetheilten Versuch an dem Pneumoniekranken Henzler. Henzler hat in einem Bade von 27°,89 C. — 46 Minuten zugebracht. Der 75,2 Kgr. schwere H. hatte vor dem Bade eine Rectum-Temperatur von 40°,12, unmittelbar nachher 39°,93 C. L. berechnet die Wärmeabgabe an das Badewasser mit 236 Calorien. „Von der 12. Minute an ist die Abgabe so gleichmässig, dass sie als Mass für den Wärmeverlust der inneren Organe gelten kann."

Nimmt man mit L. an, es sei die in den späteren Zeiträumen des Bades abgegebene Wärmemenge ausschliesslich auf Wärmeverlust der inneren Organe zu beziehen, so berechtigt das anzunehmen, die Peripherie sei bis zur Wassertemperatur bereits abgekühlt. L. gibt selbst zu, dass man höheren Temperaturen erst an der Oberfläche der Muskelschicht begegnen werde.

Es scheint W. daher ganz unfassbar, dass L. den gesammten Werth für die peripherische Abkühlung mit 47 Calorien beziffert. Bei einer Rectumwärme von 40°,1 dürfte der bettlägerige H. wohl eine Temperatur der Hautoberfläche von mindestens 38° C. dargeboten haben. Da nach den früheren Auseinandersetzungen der Temperaturabfall erst in der peripherischesten Schicht ein schrofferer ist, so würde man nicht zu günstig rechnen mit der Annahme, die Hälfte der Masse von Haut und Unterhautzellgewebe habe eine Temperatur von 39° C. vor dem Bade gehabt. In dem 46 Minuten dauernden Bade von 28°,33 (die Temperatur des Wassers war im Beginne blos 27°,89) sollen Haut- und Unterhautzellgewebe blos bis 28°,6 abgekühlt worden sein. Es würde dies einer peripherischen Abkühlung entsprechen von 103 Calorien. Die Abkühlung der inneren Organe beziffert L. selbst früher mit 12 Calorien, jetzt blos mit 9 Calorien. Die normale Wärmeproduction während der Badezeit dürfte über 64 Calorien betragen haben. Es würde daher, wenn wir alles Andere

Digitized by Google

als richtig acceptiren wollten, die Wärmemehrproduction in dem kühlen Bade nicht 121 Calorien, wie L. angibt, sondern kaum 60 Calorien betragen haben. Dass aber diese 60 Calorien gleichfalls zum Theile auf Fehlerquellen zurückzuführen sind, hat W. an L.'s calorimetrischen Versuchen an Gesunden zu zeigen gestrebt.

Also L.'s Berechnung der Grösse der Steigerung der Wärmeproduction am Gesunden wie am Fiebernden muss unrichtig sein: 1. Weil L.'s calorimetrische Versuche grosse, nicht genau bestimmbare Fehlerquellen haben. 2. Weil L.'s Berechnungen des Wärmevorrathes im Körper auf falsche Principien basiren. 3. Weil die von L. gefundene Grösse der CO_2-Ausscheidung mit der von L. gefundenen Steigerung der Wärmeproduction stimmt. Bettelheim

187. Chronische Desorganisationen des Gehirns. Von Prof. Henoch. Charité Annalen 1. Jahrg. 1874.

1. Myxosarcom von der Grösse einer halben Faust, von der mittlern Schädelgrube ausgehend, diese vollständig ausfüllend, bricht durch das Sibbein in die linke Nasenhöhle, umfasst das Chiasma opt. und sämmtliche Augennerven der linken Seite. Erscheinungen im Leben: Einige Wochen hindurch Kopfschmerzen, Erblindung beider Augen. Ptosis incompleta sin., Unbeweglichkeit des linken Bulbus. Neuroretinitis descend. oc. utrisque, eitrige Koryza. Tod an intercurrirendem Scharlach.

2. Grosszelliges Sarcom in der Gegend der Brücke. Diese und das crus cerebelli ad p. sin. umfassend, von der Grösse eines Hodens. Die Grosshirnstiele sind sarcomatös infiltrirt, der aquaed. Sylvii verengt, die corp. quadrig. platt gedrückt, Hydrops aller Ventrikel. Erscheinungen im Leben: Ptosis incompleta dextr., schwankender Gang, häufiges Niederstürzen, heftige Kopfschmerzen und hartnäckige Stuhlverstopfung, etwa 6 Wochen vor dem Tode beginnend. Bei der Aufnahme, 9 Tage vor dem Tode, ausser den genannten Erscheinungen stierer Blick, mässige Dilatation beider Pupillen, grosse Unruhe, im wachen Zustande häufige rotatorische Bewegungen des Kopfes. Die obern Extremitäten, vorwiegend die linke, paretisch, Ataxie der untern Extremitäten, welche im Liegen ganz normal bewegt werden. Lallende Sprache, Schlingbeschwerden, Sensorium frei. 3 Tage vor dem Tode wird das Sprechen noch mehr erschwert, die Rotationen des Kopfes nehmen zu, das Sensorium wird getrübt. Der 11 Jahre alte Knabe stirbt asphyktisch. Diagnose der Ponsaffection wurde gestellt auf Grund der Motilitätsstörungen an allen 4 Extremitäten, der Sprach- und Schlingstörung. Die Rotationen des Kopfes liessen auf Mitbetheiligung des crus cerebelli ad pontem schliessen. Die Apnoë in agone war bedingt durch Compression der med. obl. Als Enderscheinung wird noch eine acute (neuroparal.) Trübung beider Hornhäute erwähnt.

Digitized by Google

3. 2 Fälle von multipler Hirntuberculose mit langer Latenz und sehr complicirten Krankheitserscheinungen gestatteten keine Localdiagnose. Der eine dieser Fälle gibt Henoch zur Bemerkung Anlass, dass die in solchen Fällen zum Tode führende Basilar-Meningitis häufig unter dem stürmischen Bilde einer Meningitis purulenta verläuft.

4. Partielle Atrophie des Gehirnes bei einem 6jährigen Knaben. Sectionsbefund: Verkürzung des rechten Armes um $2^1/_2$ Ctm. und Atrophie der Musculatur, Contractur an dem Gelenke der oberen Extremitäten und an den Wadenmuskeln. Das Schädeldach ist asymmetrisch, die erste und theilweise die zweite, am wenigsten die dritte Frontalwindung, am meisten der Fornix und das septum pellucidum sind atrophisch. Die Seitenventrikel erweitert, das Ependym verdickt, die Pia über den atrophischen Hirntheilen ist verdickt und getrübt, an einer Stelle zu einer Blase mit serösem Inhalte erhoben. Die Atrophie ist eine congenitale. Erscheinungen im Leben: Im 6. Lebensmonate nach überstandenen Masern 8 Tage hindurch anfallsweise auftretende Krämpfe. Contracturen an allen 4 Extremitäten, stotternde Sprache, geringe Intelligenz. Zuletzt epileptische Krämpfe, wiederholtes Erbrechen, Umneblung des Bewusstseins.

5. Congenitale Meningo-Encephalocee an einem 8 Tage alten Mädchen; soll ein Geschwisterchen mit „offenen Hinterhauptknochen" gehabt haben. Durch eine herzförmige, in der Basis $2^1/_2$ Ctm. breite, $3^1/_2$ Ctm. lange Lücke in der Hinterhauptschuppe, welche vom for. magnum durch eine wenige Millim. breite Spange getrennt ist, ist der grösste Theil des Hinterlappens des Grosshirnes ausgetreten. Beide Seitenventrikel enthalten eitrige Flüssigkeit. Erscheinungen im Leben: Die Geschwulst sitzt gestielt auf, ist doppelt so gross als der Kopf. Die Haut darüber ist stark gespannt, stellenweise hellglänzend. Die Geschwulst kann durch Druck nicht verkleinert werden. Das sonst wohl gebildete Kind nahm die Flasche gerne. Durch Probepunction wurden ca. 200 Ccm. einer eiweisshaltigen und blutigen Flüssigkeit entleert. Das Kind starb im Alter von 14 Tagen, während welcher der Tumor an Grösse zunahm, es entstanden Contracturen, vorübergehend Zuckungen der Extremitäten und der Augen. Eine zweite Probepunctation wurde etwa 24 Stunden vor dem Tode gemacht und dabei 410 Ccm. einer blutigen Flüssigkeit entleert und danach konnte man eine compacte, teigige Masse durchfühlen. Collaps, Zuckungen, Tod nach prägnanter Entwicklung des Cheyne-Stokes'schen Respirationsphänomens.

6. Cerebralsymptome beim Keuchhusten. Henoch beobachtete bei einem an heftigen Keuchhustenanfällen leidenden, einjährigen Knaben neben epileptiformen Krämpfen ein so vielseitiges Krankheitsbild (Strabismus, Kaubewegungen, Contracturen, Sopor) 3 Wochen hindurch, dass er eine zufällige Combination mit Hirntuberculose und Meningitis tuberculosa vermuthete. Allein bei der Obduction fand man nur Hyper-

Digitized by Google

ämie des Gehirnes und der Meningen, Oedem der Pia und Bronchopneumonia utriusque lateris. Die Gehirnerscheinungen leitet H. von Kohlensäureintoxication ab und bringt damit zum Theile die hohe Respirations-Frequenz (52—60) und die beobachtete starke Cyanose in Zusammenhang.

Eisenschitz.

188. **Fall von Myositis ossificans.** Von Dr. Huth. (Allg. med. Central-Zeitung, 44. Jahrg., Nr. 41.)

Bei einem sonst gesunden und auffallend intelligenten Knaben, geboren am 14. Mai 1872, bemerkte die Mutter um's Neujahr 1874 zuerst unter dem Kinne „kleine Härten", welche sich allmälig nach den Unterkieferwinkeln weiter fortpflanzten. Etwas später entstand auf der Mitte des Brustbeines eine hühnereigrosse, nicht ganz harte Geschwulst, welche sich indess bald nahezu völlig rückbildete. Danach zeigten sich einzelne Anschwellungen und Verhärtungen auf den Schultern und an beiden Oberarmen. Ferner bemerkte die Mutter, dass von Zeit zu Zeit sich in der Haut ganz plötzlich himbeerrothe bis groschengrosse Flecke bildeten, welche etwa nach 24 Stunden spurlos verschwunden waren. Diese Erscheinung soll sich noch 1873 gezeigt haben. Im Frühjahre 1874 bildete sich eine Anschwellung vor der Stirne, welche sich über die Augenlider erstreckte, so dass die Augen vollständig zugeschwollen waren. Nach etwa acht Tagen war die Geschwulst wieder geschwunden. Um diese Zeit sollen beide Oberarme im Schultergelenke allmälig steif geworden sein. Im Laufe des Sommers zeigten sich auf dem Rücken einzelne bis haselnussgrosse Exostosen, welche bald grösser, bald kleiner wurden, was übrigens auch gegenwärtig noch der Fall ist. Schliesslich wurden auch die Extremitäten steif, so dass der kleine Pat. sehr unbehilflich wurde; er fiel einst (Herbst 1874) auf die Stirne und es bildete sich daselbst eine Anschwellung und Verhärtung aus. Die kleine Verletzung wollte nicht heilen; bei dieser Gelegenheit sah Verf. zum erstenmale das Kind. Er fand die Oberarme fast dicht an den Rumpf anliegend, Vorderarme beweglich und normal, Kopf, Hals und Thoraxmuskeln hart und steif, ebenso die Glutaei, besonders links; auch die Muskeln des linken Oberschenkels waren schon grösstentheils verknöchert. Rechte Oberschenkel, beide Unterschenkel und Vorderarme sowie die Bauchmuskeln intact. Nach circa $1^1/_2$ Jahren hatte sich in dem Zustande wenig geändert. Der St. praes. ist etwa folgender: Stirn- und Kopfschwarten hart, die Haut darüber nur wenig verschiebbar. Auf der Stirne eine strahlenförmige adhärente Narbe. Am linken Os parietale eine kleine Exostose. Die Mm. masset. zum Theil verhärtet (weniger wie vor einem Jahre). Der Mund kann etwa 3 Ctm. weit geöffnet werden. Nacken und seitliche Halsmuskeln strang-, resp. rosenkranzartig verhärtet, besonders die Sternocleidomastoidei. Der Kopf kann etwa 2—3 Ctm. vor-, resp. rückwärts gebeugt werden, weniger nach rechts und links.

Digitized by Google

Die Thoraxmusculatur ringsum panzerförmig verhärtet. Auf dem Rücken befinden sich 5—6 wallnussgrosse Exostosen. Die Mm. lumbales beiderseits hart, in der Bauchmusculatur zeigt sich rechts in der Mamillarlinie ein fingerdicker, sich vom Rippenrand bis zum Schambein erstreckender Knochenstrang, links nur einzelne harte Knoten. Beide Oberarme völlig steif im Schultergelenke, fast dicht dem Rumpfe anliegend. Vorderarme gesund und gegen die Oberarme frei beweglich. Linke Hüfte und Oberschenkelmusculatur hart und steif, rechte Hüfte, Ober- und Unterschenkelmuskulatur völlig intact. Das rechte Bein kann bis zum rechten Winkel gegen den Rumpf activ bewegt werden. Der linke Oberschenkel steht rechtwicklig zum Rumpf, ebenso der Unterschenkel zum Oberschenkel. Doch kann der Unterschenkel passiv etwa im Bereiche eines Winkels von 60 Grad bewegt werden. Auf einem niedrigen Rollstuhle festgebunden, kann das Kind vermittelst des gesunden rechten Beines sich nach Belieben im Zimmer herum bewegen. Feste Speisen kann es vermittelst einer langen Gabel selber zu sich nehmen, während ihm Flüssigkeiten eingeflösst werden müssen.

v. Hüttenbrenner.

189. Ueber Encephalitis diphtheritica. Von Dr. L. Letzerich. Virchow's Archiv 65. Bd., 4. Heft.

Ein Säugling im Alter von 10 Tagen erkrankt an Rachendiphtherie, welche einen chronischen Verlauf nimmt und erst nach 18 Tagen heilt. Schon während der Rachenerkrankung und später bis zu dem am 42. Lebenstage erfolgten Tode, fiel auf, dass das Kind sehr ruhig, apathisch und somnolent sei, dass es eigenthümlich schrie, und die Augenlider während des Schlafes offen standen. Obductionsbefund: Hyperämie der Schädelknochen, der Meningen, Ueberfüllung der Blutleiter, allgemeine Anämie. Das blasse Gehirn zeigt auf dem Durchschnitte viele dunkle Blutpunkte. Die graue Hirnsubstanz, besonders auf den vordern und mittlern Partien der rechten Grosshirnhemisphäre war auffallend blass, stellenweise nur schwer von der weissen Substanz abzugrenzen. Die dem rechten Seitenventrikel anliegende Hirnsubstanz war im Zustande der Auflockerung und Schwellung, der diesseitige Seitenventrikel dadurch verengt und das ganze Gehirn dadurch asymmetrisch. Das Kleinhirn erschien verkleinert, auch hier waren die normal grau- und rothfarben gefärbten Theile sehr undeutlich, an den Blättern des arbor vitae fielen hirsekorngrosse, körnige Bildungen auf.

Die mikroskopische Untersuchung der veränderten Stellen der grauen Substanz des rechten Grosshirnes erwies die Neuroglia in eine feine Detritusmasse umgewandelt, mit eingebetteten Neurogliazellen und in lebhafter Bewegung begriffenen zahllosen Bacterien, Plasmakugeln und Micrococenrasen (Diphtherie-Pilz). Dieselben Einlagerungen in den Ganglienzellen, deren Protaplasma theilweise von der Pilzwucherung aufgezehrt war. Dieser Befund war an Durchschnitten der gehärteten Krankheitsherde noch deutlicher, und es liess sich die Einwanderung der Pilze in Capillaren nachweisen.

Auch in der grauen Substanz des Kleinhirnes fand man innerhalb der moleculär zerfallenen Grundsubstanz und in den Ganglienzellen die Pilzwucherung, in der weissen Substanz enorme Vermehrung der Neurogliazellen.

Nach Letzerich's Anschauung begünstigten die vielfachen Anasto-

Digitized by Google

mosen und Gefässschleifen der Gefässe der grauen Substanz gegenüber dem mehr gestreckten Verlaufe der Gefässe in der weissen Substanz in der ersteren das Ansammeln der wandernden Pilze. Die Vergrösserung der rechten grossen Hemisphäre beruhe auf Einlagerung von granulöser Exsudatmasse, die Verkleinerung des Kleinhirnes auf Consumption der grauen Substanz durch die Pilzinvasion.

Die Todesursache war eine allmälig eingetretene diphtheritische Paralyse des Gehirns als Ausgang der Encephalitis diphtheritica.

Eisenschitz.

190. Masturbation und Hysterie bei jungen Kindern. Von Prof. Jacobi. The am. Journ. of obstet. Februar und Juni 1876.

Der Hang zur Masturbation ist bei Kindern sehr verbreitet. Es gelingt nicht selten, aus der Schwellung, Röthung und dem Oedem der Genitalien die Diagnose zu machen, meist aber wird die Masturbatien bei den Kindern nur durch aufmerksame Beobachtung von Seite der Umgebung erkannt. Vor allem sind es ganz unregelmässig auftretende convulsive Erscheinungen, wobei die Kinder sonderbare Stellungen einnehmen, sehr erregt, im Gesicht geröthet und in Schweiss gebadet erscheinen, und erregt dies oft zuerst den Verdacht. Die masturbirenden Kinder werden meist sehr rasch anämisch, sind sehr reizbar, verstimmt, leiden an Stuhlverstopfung, beschleunigtem Puls, Kopfschmerz, häufig an Commedonen.

Es ist beachtenswerth, dass der Hang zur Masturbation zuweilen von gewissenlosen Dienstboten den Kindern anerzogen wird, um sich dadurch Ruhe zu verschaffen. Ausserdem können Federbetten, enge, warme Höschen, Reibungen der Genitalien, alsdann kalte Waschungen, kalte Begiessungen vor dem Schlafengehen, Blasen- und Nierensteine, Blasen- und Vaginalkatarrhe, Phimosen und Balanitis als veranlassende Momente für die Masturbationen dienen. Als weitere ätiologische Momente führt J. an sehr reichliche Eiweissnahrung, Stuhlverstopfung und einige in der Kinderpraxis gebräuchliche Medicamente, so z. B. die alkalischen Salze, welche die Niere reizen, vor Allem die chlorsauren Salze. Als directe Medicamente gegen die Masturbation empfiehlt J. das Lupulin und eine sehr sorgfältige Ueberwachung.

Die Kinder dürfen nie wachend im Bette gelassen werden, sie müssen bei Tag wach gehalten werden, damit sie bei Nacht um so fester schlafen und nothwendig ist eine roborirende allgemeine Behandlung. Die Masturbation gibt sehr häufig den Anstoss zu Neurosen, Neuralgien und Spinalirritationen, besonders häufig zur angiospastischen Form der Hemicranie, welche J. erfolgreich mit Strychnin und Inhalationen von Amylnitrit behandelt. Ebenso ist die neuerer Zeit mit Unrecht vernachlässigte Spinalirritation, zusammenhängend mit Cardialgien, miasmatischen Krankheiten (Typhus, Intermittens, Anämie, Hydrämie, Dyskrasien etc.), nicht selten

Digitized by Google

auch unmittelbar durch Masturbation bedingt. Ferner kommen Gelenksneurosen vor, welche täuschend das klinische Bild von entzündlichen Processen nachahmen, am häufigsten im Kniegelenke und Neuralgien in den verschiedensten Nerven, beide Arten von Neurosen sind häufig auf Hysterie zurückzuführen.

Hysterische Aphonie hat J. im Kindesalter nie beobachtet, öfter hysterischen Husten. Hysterische Paralysen und Paresen pflegen beobachtet zu werden, treten auch wohl wie spinale Lähmungen oder wie die sogenannten functionellen Lähmungen nach acuten Krankheiten auf. Es sind dies Lähmungen, welche auf Paralyse der Vasomotoren zurückzuführen sind und auch, wenn sie richtig erkannt werden, eine gute Prognose gestatten. Zur Hysterie rechnet J. auch die Fälle von M. Basedowii, von welcher Krankheit er 3 Fälle bei Kindern beobachtet hat. Auf neurotischer Grundlage entstehen auch viele Hautkrankheiten, Urticaria, Herpes zoster und Pemphigus acutus. Briquet gibt an, dass 20% aller Hysterischen im Kindesalter stehen, Ammon zählte unter 286 Fällen von Hysterie 16 im Alter von 8 bis 15 Jahren, Althaus 71 unter 820 im Alter zu 10 Jahren, Landouzy 48 im Alter von 10—15 Jahren unter 356 Fällen, Scanzoni 4 im Alter unter 10 J. und 13 im Alter von 10—15 Jahren unter 217 Fällen. Nur scheint die hysterische Neurose im Kindesalter auf ein viel engeres Gebiet des Nervensystemes beschränkt zu sein, als im späteren Alter.

Zur Illustration des Gesagten führt J. eine grosse Zahl von selbst beobachteten Fällen an, welche theils überhaupt schwer definirbar sind, theils den gewöhnlichen klinischen Begriff der Hysterie durchaus nicht vollständig decken. Uebrigens beharrt auch J. durchaus nicht darauf, dass man diese Fälle durchaus als „hysterische" bezeichne, er will mit dem Ausdrucke nur eine gewisse Eigenthümlichkeit dieser Neurosen bezeichnet haben. Eisenschitz.

191. Ueber einen Fall von habitueller Hydrocephalo-Meningocele combinirt mit cystöser Degeneration beider Nieren. Von Prof. Valenta in Laibach. Vortrag in der Section für Kinderheilkunde der Naturforscher etc. in Hamburg 1876. (Prager med. Wochenschrift 1876, Nr. 51.)

Bei der Obduction eines neugeborenen reifen Mädchens fand man schon bei oberflächlicher Untersuchung einen Wasserkopf mit einer Hydromeningocele (36 Ctm. Umfang). Am Hinterhaupte hing eine zwetschkengrosse, polypös gestielte, von der behaarten Kopfhaut bedeckte Geschwulst herab, welche sich beim Zusammendrücken des Schädelinhaltes pralle anfüllte. Der Bauch (37 Ctm.) war auffallend gross und konnten durch die Bauchdecken hindurch schon die abnorm vergrösserten Nieren erkannt werden. Bei der Obduction fand man Folgendes: Die Pfeilnaht durchaus 3 Ctm. breit, die grosse Fontanelle 7 Ctm., die kleine 6 Ctm. Die mit dem Schädelknochen innig zusammenhängende Dura mater stülpte sich

Digitized by Google

einige Millimeter unter der vorderen Spitze des Hinterhauptbeines durch eine dortselbst befindliche kaum 8 Millimeter messende Spalte, obige Geschwulst bildend, hervor, und zwar war die Hervorstülpung in der Höhe, resp. oberhalb des Kleingehirnzeltes; es enthielt diese Geschwulst nichts als klares Serum, somit einen reinen Hirnhautbruch darstellend. Die Hirnwindungen waren ganz geschwunden und nach Eröffnung der schwappenden, kaum 6—8 Mm. dicken Hirnrinde zeigten sich beide Seitenkammern voll von klarem gelblichem Serum, die Auskleidung der Wandungen war sclerosirt. Beide Lungen lufthältig, Herz rechts stark mit Blut gefüllt, links leer, Stellung des Magens embryonal. Beide Nieren hatten eine Länge von 8 Ctm. und eine Breite von 5 Ctm. und führten deren beide kaum 2 Mm. dicken Uretheren in die leere Harnblase, deren Schleimhaut eigenthümlich zusammengezogen gestaltet erschien. Die Uretheren waren für eine Schweinsborste durchgängig. Das Bindegewebe in der Nervensubstanz war vermehrt, letztere speckig und von unzähligen hirsekorn- bis erbsengrossen Cysten mit klarem, etwas klebrigem (colloidartigem) Inhalte durchsetzt. Das Kind stammte von einer VIII para, welche bereits 4 derartige Kinder geboren hatte. V. schlägt diesbezüglich wie für das „habituelle" Absterben der Früchte auch den Namen „habituelle Hydrocephalo-Meningocele" vor, und führt einige Fälle aus der Literatur an (Bomholz, Saidberg, Zini etc.).

In Betreff der Degeneration der Nieren meint V., dass dieselben häufig mit anderen organischen Störungen combinirt vorkommt, und in diesem Umstande scheint eigentlich der Stützpunkt für die Annahme, die Cystennieren als Bildungsfehler aufzufassen, zu liegen (Köster), da das vorhandene vermehrte Bindegewebe ebenso Folge wie Ursache der Cystenbildung sein könne, deren Entstehung sich aber jedenfalls durch mechanische Retention des Nierensecretes, eventuell Umwandlung der Harncanälchen und malpighischen Kapseln am ungezwungensten erklären lässt. Das Kind lebte durch einige Zeit. v. Hüttenbrenner.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

192. Ueber das Nitrobenzin in analytischer und toxikologischer Beziehung. Von E. Jacquemin. (Journ. de Pharm. et Chim. Mai u. Juni 1875. — Arch. d. Pharmac. Februar 1871.)

Das Nitrobenzin wird, einerseits als Essence de Mirbane in der Parfümerie, anderseits zur Verfälschung des Bittermandelöls und zur Bereitung gewisser Liqueure, z. B. des Kirschliqueurs benützt und gibt, wie bekannt, nicht selten Veranlassung zu Vergiftungen. Die Aufgabe

Digitized by Google

des Chemikers bei solchen Vergiftungen ist daher eine 3fache: toxikologische Ermittlung des Nitrobenzins, Prüfung des Bittermandelöls und Prüfung von Getränken auf dasselbe.

Im ersteren Falle leitet schon der charakteristische Geruch auf den rechten Weg.

Da aber auch Blausäure und Bittermandelöl denselben Geruch wie Nitrobenzin besitzen, ist die verdächtige Substanz zu isoliren. Man erhitzt die betreffende Materie mit verdünnter Schwefelsäure, wobei eine Flüssigkeit überdestillirt, auf welcher Nitrobenzin in öligen Tropfen schwimmt, die durch Schütteln mit Aether und Verdunsten des letztern für sich gewonnen werden. Da möglicherweise eine Vergiftung mit durch Nitrobenzin verfälschtem Bittermandelöl vorliegen kann, prüft man nun das Destillat auf Blausäure mit Hilfe des Schönbein'schen Reagens (verdünnte Kupfersulfatlösung und Guajaktinctur). Tritt an den öligen Tropfen keine Veränderung ein, so hat man es wahrscheinlich mit Nitrobenzin zu thun; tritt eine blaue Färbung ein, so ist gewöhnliches oder verfälschtes Bittermandelöl vorhanden. In letzterem Falle behandelt man mit doppelt schwefligsaurem Natron, welches den Benzoylwasserstoff (das reine Bittermandelöl) aufnimmt und das Nitrobenzin zurücklässt. Der Hauptnachweis besteht nun in der Umwandlung des letztern in Anilin, welches charakteristische Farbenreactionen gibt. Es genügt dazu 1 Tropfen Nitrobenzin, den man in 20 C. C. 50%igen Alkohols löst; man schüttelt mit Zink (Zinkblechabschnitzeln) und Schwefelsäure (oder nach dem von Béchamp angegebenen, vom Vf. modificirten Verfahren mit Eisenfeile und Essigsäure) und theilt nach einer Viertelstunde die saure Flüssigkeit in 3 Theile. Den einen Theil übersättigt man mit kohlensaurem Natron, filtrirt, setzt zum Filtrat einen Tropfen Carbolsäure und hierauf unterchlorigsaures Natron, wodurch eine braune, rasch in Blau übergehende Färbung entsteht. In den zweiten Theil bringt man etwas braunes Bleisuperoxyd, welches, unterstützt von der vorhandenen freien Schwefelsäure, oxydirend wirkt und eine rosenrothe Färbung bewirkt, die in Braun und hierauf Grünlichblau oder Violettblau übergeht. In den dritten Theil wirft man einen Krystall chlorsaures Kali und lässt dann an der Wand des Glases concentrirte Schwefelsäure hinunterlaufen, die das Kalisalz zersetzt, worauf bald eine schön violette Färbung entsteht.

J. gibt ausserdem zwei neue Methoden an, das Nitrobenzin zu Anilin zu reduciren, von denen die eine auf der Leichtigkeit beruht, womit das Zinnoxydulkali beim Kochen in wässriger Lösung in Zinnoxydkali übergeht. Man setzt zu Zinnchlorür so lange Natronlauge zu, bis der anfangs entstandene Niederschlag von Zinnoxydul sich wieder aufgelöst hat, setzt einen Tropfen Nitrobenzin zu und erhitzt 2 Minuten, wobei Anilin auftritt. Man lässt erkalten, setzt 1 Tropfen Carbolsäure und Chlorkalk zu, worauf die blaue Farbe des erythrophensauren Natrons auftritt. Die zweite Methode besteht darin, dass man metallisches Zinn (fein gekörnt oder

Digitized by Google

geschabt) mit 5—8 C. C. 12%iger Natronlauge versetzt, nun 1 Tropfen Nitrobenzin zusetzt und einige Minuten mässig erhitzt; nach dem Erkalten kann man durch Carbolsäure und Chlorkalk Anilin nachweisen.

Dieselben Methoden lassen sich auch sehr gut für die Prüfung von Bittermandelöl und Kirschliqueur anwenden; in letzterem Falle kann man schon bei einem Gehalte von kaum 50 Centigramm Nitrobenzin in 1 Liter Liqueur 10—20 C. C. direct der Reduction etc. unterwerfen. Nur wenn der Liqueur Spuren davon erhält, ist es nöthig, den Alkohol bei sehr gelinder Wärme zu verjagen und dem Rückstand das Nitrobenzin durch Aether zu entziehen. Bei Prüfung des Bittermandelöls zieht J. seine Methoden (Auflösen eines Tropfens in 20 C. C. Alkohol und Reduction mit Zink, Eisen etc.) dem Dragendorff'schen Verfahren (braune Färbung der alkoholischen Lösung des Oels mit Natriummetall) vor.

Prof. von Schroff jun.

193. Ueber den giftigen Bestandtheil des Wasserschierlings (Cicuta virosa) und seine Wirkungen. Ein Beitrag zur Kenntniss der Krampfgifte. Von R. Böhm. (Archiv f. experim. Patholog. u. Pharmakolog. 5. Bd. 4. u. 5. H.)

Die bisher zum Zwecke der Ermittlung des giftigen Bestandtheils von Cicuta virosa unternommenen chemischen Untersuchungen haben zu negativen oder wenigstens sehr unbestimmten Resultaten geführt. Van Ankum, der letzte Untersucher dieser interessanten Pflanze, gelangte nach erfolglosen Bemühungen, aus der Wurzel, dem erfahrungsgemäss giftigsten Theile, ein giftiges Alkaloid zu isoliren, zu der Ueberzeugung, dass das Cicutagift ein harzartiger, chemisch sehr indifferenter Körper sein müsse. Verf. kommt nun nach 3jähriger Arbeit zu einem im Allgemeinen damit übereinstimmenden Resultate. Durch Behandeln des ätherischen Wurzelextractes mit 70proc. und 90proc. Alkohol, Ausschütteln der Tinctur mit Petroleumäther, wodurch ein unwirksames grünes, fettig riechendes Oel entfernt wurde, Verdunsten der ausgeschüttelten Tinctur und Auflösung des Rückstandes in absolutem Alkohol erhielt er beim Verdunsten ein homogenes zähflüssiges, nicht trocknendes amorphes Harz, das sich als im höchsten Grade giftig erwies und welches er, da es auf keine Weise gelang, davon noch unwirksame Beimischungen abzutrennen, als den wirksamen Bestandtheil des Wasserschierlings Cicutoxin nennt, ohne übrigens damit die chemische Reinheit dieses Stoffes zu präsumiren. Das Cicutoxin ist hellbraun, von saurer Reaction, geringem Geruch und unangenehm bitterlichem Geschmack, in Alkohol, Aether, Chloroform und ziemlich reichlich in kochendem Wasser und in verdünnten Alkalien löslich, und tödtet Frösche zu 2—3 Milligramm, Katzen bei der Application per os zu 0·05, bei Injection in die Venen zu 0·007 Gramm pro Kilo Körpergewicht; eine analytische Untersuchung dieses Weichharzes erlaubte bisher der Mangel an Material nicht. Dasselbe Präparat konnte übrigens

Digitized by Google

ausser durch diesen einfachen Process auch durch zwei andere im Detail hier nicht wiederzugebende Methoden erhalten werden. Die Ausbeute betrug vorläufig nach zwei verschiedenen Methoden im Durchschnitt 1·1—1·5 Percent der getrockneten Wurzel, welche Zahlen übrigens nach dem Verf. noch sehr der Prüfung durch Untersuchungen der Pflanze an andern Orten bedürfen. Durch Trocknen an der Luft geht die Giftigkeit der Wurzel nicht verloren, doch verliert der giftige Bestandtheil bei längerem Aufbewahren bei 100° C. an Wirksamkeit, ebenso beim Eindampfen alkoholischer oder alkalischer Lösungen; das wässrige Decoct verliert schon nach 24—48 Stunden fast vollständig seine Wirksamkeit. Cicutoxin wird sowohl vom Verdauungstractus wie vom subcutanen Zellgewebe aus resorbirt, jedoch nur sehr allmälig, so dass bei Säugethieren im ersteren Falle bei Einverleibung in den Magen wenigstens 20 Minuten, im letzteren 1—2 Stunden bis zum Auftreten der charakteristischen Vergiftungserscheinungen vergehen; am raschesten erfolgt die Wirkung nach Injection des Cicutoxins in alkalischer Lösung in die Venen. Ueber die Ausscheidungswege des Cicutoxins konnte nichts ermittelt werden.

Auf Frösche wirkt Cicutoxin genau ebenso wie das in den Kokkelskörnern enthaltene Picrotoxin. Nach 0·001—0·003 Gramm subcutan treten nach einem Prodromalstadium von 20 Minuten bis $1^1/_2$ Stunden, in welchem die Thiere die charakteristischen Stellungen der Extremitäten, Aufblähung des Unterleibes und Spreizung der Schwimmhäute auf's deutlichste erkennen lassen, heftige tonische und klonische Convulsionen auf, die anfangs mit höchst intensivem Schreien verbunden, nach längerer Dauer (länger als bei Picrotoxin) allmälig an Intensität abnehmen und schliesslich entweder (nach sehr kleinen Dosen) mit der Erholung oder der allgemeinen Paralyse und dem Tode endigen; Respiration vor dem Eintritt der Krämpfe stark beschleunigt, während derselben vollständig sistirt, Herzaction verlangsamt, während der Krämpfe diastolische Herzstillstände. Bei der Entstehung der Krämpfe spielt die Hauptrolle eine beschränkte Stelle der Medulla oblongata (das Krampfcentrum Heubel's), indem die heftigsten Krämpfe durch Durchschneidung des Markes unterhalb der Spitze der Rautengrube sofort zum Stillstande gebracht werden können. Dr. Wikszemski hat unter der Leitung des Verf. speciell gezeigt, dass das Gehirn und die oberhalb des Krampfcentrums gelegenen Theile des Centralnervensystems bei dem Zustandekommen der Krämpfe nicht betheiligt sind. Nach Durchschneidung des Rückenmarks unterhalb des Calamus scriptorius bewirkt Cicutoxin in den von der obern Hälfte des durchschnittenen Nervensystems innervirten Organen ganz unverkennbare Cicutasymptome, während dieselben in der untern Hälfte des Körpers vollkommen fehlen; auf diese Weise operirte Thiere erholen sich, so weit es die gesetzte Verstümmlung erlaubt, noch nach Giftdosen, welche unverstümmelte Frösche unfehlbar paralysirt und getödtet hätten, woraus hervorgeht, dass das Rückenmark selbst direct vom Cicutoxin nicht afficirt

Digitized by Google

wird, und dass die rasch eintretende allgemeine Paralyse der unversehrten mit Cicutoxin vergifteten Thiere auf eine Ermüdung oder Erschöpfung des vom Krampfcentrum aus so gewaltig und langdauernd gereizten Rückenmarks zurückzuführen ist. Da es sich auch bei den Störungen der Respiration und Herzaction höchst wahrscheinlich um eine Reizung der betreffenden Nervencentra handelt, lässt sich in Betreff der Cicutoxinwirkung auf Frösche sagen: Cicutoxin bewirkt durch Reizung beschränkter centraler Gebiete in der Medulla oblongata: 1. heftige klonisch-tonische Krämpfe; 2. Beschleunigung, resp. Stillstand der Athmung und 3. Verlangsamung, resp. Stillstand der Herzbewegungen.

Ebenso wie mit Picrotoxinvergiftung stimmen die Cicutasymptome mit den Erscheinungen überein, die nach Coriamyrtin, Toxiresin, Digitaliresin (den Spaltungsproducten der von Schmiedeberg gefundenen wirksamen Digitalisbestände Digitoxin und Digitalin) und auch Barytsalz auftreten, daher alle diese Gifte eine wohl charakterisirte Gruppe, die der „Krampfgifte", bilden.

Versuche an Warmblütern (Katzen, Kaninchen, Hasen, Hunden) ergaben zunächst, dass Cicutoxin doppelt so stark wie das ätherische Cicutaextract wirkt und dass zur tödlichen Vergiftung per os 5mal so viel Gift erforderlich ist als nach Injection in die Venen. Die Erscheinungen sind auch hier dieselben wie nach Picrotoxin. 15—30 Minuten nach Application einer tödtlichen Dosis per os starke Salivation, Unbehagen, häufig beträchtlich erhöhte Reflexerregbarkeit, starke Beschleunigung der Respiration, wachsende Unruhe, endlich heftige Anfälle von klonischen und tonischen Krämpfen, welche nach dem ersten Anfall sich sehr rasch nach einander wiederholen, bis die Thiere erschöpft in Folge der mangelhaften Respiration unter krampfhafter Streckung aller Muskeln und Erweiterung der Pupille zu Grunde gehen. Die Sectionsbefunde sind durchweg negativ, namentlich niemals, wie man noch häufig angibt, weder Gastritis, noch Enteritis. Vergleichende Versuche mit Cicutoxin und Pikrotoxin am Kymographion ergaben, dass beide in kleinen Dosen Verlangsamung der Pulsfrequenz bei wenig verändertem Blutdruck bewirken in Folge centraler Vagusreizung. Grössere Gaben erzeugen hochgradige Beschleunigung des Pulses mit gleichzeitiger bedeutender Steigerung des Blutdruckes; über die Ursache der ersteren lässt sich noch nichts Bestimmtes aussprechen; letztere ist durch Reizung vasomotorischer Centra in der Medulla oblongata bedingt.

Der Wirkungsbezirk des Cicutoxin und Picrotoxin liegt somit offenbar in der Medulla oblongata.

(Schroff sen. hat schon 1859 und 1860 Versuche mit Cicuta angestellt, die bisher nicht publicirt wurden, mit ganz demselben Resultate wie Böhm. Ein mit einem seit 1860 aufbewahrten alkoholischen Wurzelextract subcutan an einem Frosch wiederholter Versuch ergab mir vollständig dasselbe charakteristische Bild der Erscheinungen, wie sie von Böhm beschrieben wurden. Referent.) Prof. von Schroff junior.

Digitized by Google

194. Pharmakologische Untersuchungen über das Physostigmin und Calabarin. Von E. Harnack und L. Witkowski. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. 5. Bd., 6. Hft.)

Die bedeutenden Differenzen und Unsicherheiten in Betreff der Anschauungen über die Wirkung des Calabargiftes trotz der so zahlreichen Untersuchungen erklären sich einerseits daraus, dass das Alkaloid der Calabarbohne ein sich leicht verändernder Körper ist, anderseits die meisten bisherigen Untersuchungen mit dem Extract oder mit käuflichen „Calabarin"-Präparaten angestellt sind und diese Präparate Gemenge verschiedener, zum Theil durch Zersetzung des Physostigmin gebildeter Substanzen sind, so dass man nicht sicher weiss, welche wirksamen Bestandtheile und in welcher Menge dieselben in das betreffende Präparat übergegangen sein mögen. So sah z. B. Schmiedeberg bei einem, 1873 von Merck bezogenen „Calabarin" an Fröschen heftigen Tetanus eintreten, während ein 1874 von Merck bezogenes Lähmung des Gehirns, Rückenmarks etc. bewirkte. Da zudem das im Handel vorkommende „Calabarin" kaum welche Vorzüge vor sorgfältig dargestellten Extracten besitzt, suchten die Verf. die wirksame Substanz selbst aus dem Rohmaterial darzustellen. Bei dem Umfange (55 S.) dieser zu den besten unter den vielen schönen Untersuchungen aus dem Strassburger Laboratorium gehörigen Arbeit können wir uns mit Rücksicht auf den uns zugewiesenen Raum nur auf kurze Bemerkungen beschränken.

1. Chemische Untersuchung. Nach einer der von Hesse angegebenen ähnlichen Methode erhielten die Verf. das Physostigmin in Form einer klaren syrupösen, beim Eintrocknen spröde werdenden, mehr oder weniger gelbroth gefärbten Masse, ohne dass es gelang, das freie Alkaloid oder eine seiner Verbindungen krystallinisch zu erhalten. Dagegen gelang es, die Existenz eines zweiten in den Calabarbohnen enthaltenen Alkaloids nachzuweisen, das sich vom Physostigmin in chemischer Hinsicht besonders durch seine Unlöslichkeit in Aether, in physiologischer Hinsicht aber dadurch unterscheidet, dass es bei Kaltblütern heftigen strychninähnlichen Tetanus hervorruft; die oben erwähnte, auch von mehreren Anderen schon früher gemachte Beobachtung Schmiedeberg's findet dadurch ihre Erklärung; es ist somit unrichtig, wie das mehrfach geschehen ist, diese tetanische Wirkung als für das Physostigmin charakteristisch zu bezeichnen. Die Verf. nennen dieses neue Alkaloid Calabarin, so dass man also künftig zwischen „Physostigmin" und „Calabarin" wohl unterscheiden muss. Bei Untersuchung einer grossen Zahl namentlich käuflicher Calabar-Präparate und -Extrakte ergab sich, dass einzelne derselben, z. B. ein englisches Calabarextract in Glycerin, überhaupt kein Physostigmin enthalten.

2. Wirkung des Physostigmin auf das Nervensystem.

Beim Frosche, der sich dem Gilft gegenüber weit toleranter verhält als manche Säugethiere, wirkt Ph. auf zahlreiche in sämmtlichen

Digitized by Google

drei Hauptabschnitten des centralen Nervensystems gelegene nervöse Apparate ohne vorhergehende Erregung direct lähmend ein, und zwar weit früher auf das Gehirn als auf das Rückenmark; nach 0·002—0·005 Grm. schwefels. Ph. anfangs Unfähigkeit willkürliche Bewegungen auszuführen, dann Lähmungserscheinungen in der Empfindungssphäre, Unempfindlichkeit gegen heftige Reize, weit später erst Sistirung der Athmung, zuletzt Abnahme und schliesslich Verlust der Reflexerregbarkeit. Weder die Stämme, noch die Endigungen der motorischen Nerven werden gelähmt, und auch die Erregbarkeit der quergestreiften Muskeln nicht aufgehoben.

Bei Säugethieren ist das äussere Wirkungsbild etwas anders als bei Fröschen und verschieden je nach den verschiedenen Säugethierspecies. In den meisten Fällen werden alle, sensible wie motorische, Nervencentren direct gelähmt und treten dann die bekannten Folgen einer solchen allgemeinen Lähmung auf; Unruhe, Schwäche, vor Allem heftige fibrilläre Zuckungen in allen Körpermuskeln, Lähmung, anfangs Beschleunigung, bald aber Aussetzen und endlich vollständige Stockung der Respiration, welche auch durch Mittel, die das Respirationscentrum, wie z. B. Apomorphin, erregen, nicht behoben werden kann, endlich Tod, bisweilen unter Erstickungskrämpfen, meist aber wegen vorgeschrittener Paralyse der motorischen Sphäre ohne Krämpfe, sind die wichtigsten Erscheinungen. Der Tod erfolgt durch Lähmung des Respirationscentrums, wie denn auch Thiere nach Einleitung der künstlichen Respiration verhältnissmässig enorme Dosen des Giftes längere Zeit ganz gut ertragen. Letal wirken bei Hunden 4 bis 5, bei Kaninchen 3, bei Katzen 2 bis 3 Milligramm. Aehnlich sind die Erscheinungen bei normalen Meerschweinchen, bei solchen aber, die durch einen der bekannten Brown-Séquard'schen oder Westphal'schen Versuche zu epileptischen Krampfanfällen disponirt sind, tritt in den nächsten Stunden und Tagen nach der Physostigmin-vergiftung 1 bis 2 Milligramm subcutan eine oft enorme Anzahl dieser Anfälle auf (am Tage nach der Injection oft über 40); Controlversuche mit subcutaner Injection anderer Flüssigkeiten ergaben zwar auch eine geringe, aber mit der eben erwähnten gar nicht vergleichbare Zunahme der täglichen Anfallsfrequenz. Ganz ähnliche Erscheinungen sahen die Verf. auch beim Menschen unter begünstigenden Verhältnissen eintreten, und zwar bei einem epileptischen Idioten nach Injection von je $^1/_2$ Milligramm an drei aufeinander folgenden Tagen: ungewöhnliche Steigerung der Zahl der epileptischen Anfälle, gefolgt von grosser Hinfälligkeit, und verbunden mit einer eigenthümlichen, bei dem Pat. ganz ungewöhnlichen psychischen Störung. Die Verf. halten daher die therapeutische Anwendung des Ph. gegen Reflexsteigerungen aller Art, wie sie besonders gegen Tetanus, Epilepsie, Chorea etc. empfohlen wurde, für sehr bedenklich und in specie bei der Behandlung der Epilepsie für contraindicirt.

Bei fehlender Prädisposition tritt übrigens eine erregende Wirkung

Digitized by Google

des Mittels beim Menschen ebensowenig wie bei Thieren ein, wie dies Versuche mit $^1/_2$, später 1 Milligramm. Ph. pro die bei einer apathischen Geisteskranken zeigten; in diesem Falle war ausser einer leichten Verminderung der Pulsfrequenz und etwas cachektischer Verfärbung der Gesichtsfarbe nichts weiter zu bemerken.

3. Wirkung des Ph. auf das Herz und andere musculöse Organe.

Froschherz. Die Herzcontractionen werden langsamer, gleichzeitig aber auch stärker. Elektrische Reizung des Vagus oder Venensinus bewirkt keinen diastolischen Herzstillstand, sondern, und zwar nur bei kräftigen Strömen, Verlangsamung der Herzaction. Bei einem durch Muscarin (in Folge Erregung der herzhemmenden Nerven) zum diastolischen Stillstand gebrachten Herzen bewirkt Ph. allmälig Aufhebung des Stillstandes, doch tritt dabei niemals eine der normalen völlig gleiche Herzaktion auf, wie das bei der Aufhebung des Muscarinstillstandes durch Atropin der Fall ist; auch lässt sich durch nochmalige Application grosser Muscarinmengen der durch Ph. aufgehobene Herzstillstand wieder herbeiführen, was an einem atropinisirten Herzen nicht mehr möglich ist; an einem zuvor physostigminisirten Herzen endlich bewirkt eine nicht zu grosse Menge Muscarin Abnahme der Herzschläge an Intensität und Frequenz, während die Thätigkeit eines atropinisirten Herzens durch Muscarin nicht beeinflusst wird. Diese Veränderungen nun lassen sich, wie ausführlich dargethan wird, nicht aus einer Wirkung auf die herzhemmenden Nerven erklären, sondern dadurch, dass Ph. die Muskelsubstanz des Froschherzens direct erregt. Letzteres suchen die Verf. durch folgenden scharfsinnigen Versuch zu beweisen: Bringt man bei einem Frosch durch Muscarin das Herz zum diastolischen Stillstand, injicirt nun Physostigmin, wodurch der Stillstand aufgehoben wird, und applicirt nun eine kleine Menge eines muskellähmenden Mittels, z. B. Apomorphin oder ein neutrales Kupferdoppelsalz, wodurch die Erregbarkeit der Herzmuskelfasern herabgesetzt wird, so tritt bei einer gewissen Dosirung der charakteristische Muscarinstillstand wieder ein. Da also die Ursachen, welche der Aufhebung des Muscarinstillstandes durch Physostigmin zu Grunde liegen, durch ein muskellähmendes Mittel weggeschafft werden, so muss die Aufhebung des Muscarinstillstandes auf einer Reizung des Herzmuskels beruhen. Durch eine solche directe Erregung des Herzmuskels durch Ph. erklärt sich unter Anderem z. B., warum nach geschehener Vergiftung durch Ph. Vagus- oder Sinusreizung keinen Herzstillstand, nur eine Verlangsamung der Herzaction hervorbringt; die Hemmungsnerven vermögen augenscheinlich das Herz, welches unter einem verstärkten Reiz arbeitet, nicht völlig ausser Action zu setzen. (Ebenso wie Ph. verhalten sich dem Froschherzen gegenüber nach den Untersuchungen der Verf. Campher, Phenylglycocoll, schwefelsaures Anilin, Monobromcampher, Ol. Arnic. cryst., Cumarin und Guanidin.)

Digitized by Google

Weniger leicht lassen sich die Ursachen der primären Verlangsamung der Herzaction bestimmen; Erregung des Vagus ist dabei nicht im Spiel, da sie sowohl nach Durchschneidung der Vagi, als nach vorhergegangener Atropinisirung eintritt; wahrscheinlich walten hier noch complicirtere Verhältnisse vor.

Ebenso wie am Herzmuskel, nimmt auch beim Frosch die Erregbarkeit der Skeletmuskeln erheblich zu, und zwar, da die Physostigmin-Wirkung sich auch am curarisirten Muskel zeigt, der Muskelsubstanz selbst.

Säugethiere. In Betreff der Circulation beobachtet man Steigerung des Blutdrucks und Abnahme der Frequenz der Herzschläge. Erstere (schon nach einigen Milligramm auftretend) beruht auf einer Vermehrung der Herzenergie, wobei es sich nicht entscheiden lässt, ob eine Erregung des excitomotorischen Herzcentrums oder des Herzmuskels selbst stattfindet. Die Erregbarkeit des Vagus wird nicht beeinflusst; namentlich ist eine Zunahme der Erregbarkeit, wie sie von mancher Seite behauptet worden ist, nicht zu beobachten. Die Ursachen der Abnahme der Pulsfrequenz sind auch hier, wie bei Fröschen, nicht mit voller Sicherheit festzustellen; Reizung der Hemmungsnerven ist dabei auszuschliessen, da die Verlangsamung auch nach völliger Ausschaltung des Einflusses der Hemmungsnerven durch Atropin oder Curare eintritt. Wahrscheinlich ist die Lähmung im Gebiete des centralen Nervensystems, namentlich des Gefässnervencentrums, dessen Erregbarkeit durch Ph. vermindert wird, dabei von Einfluss. Lähmung des Herzens, wie sie manche Autoren angeben, findet selbst nach sehr grossen Dosen Ph. nicht statt.

Die Verf. besprechen bei dieser Gelegenheit die bekanntlich insbesondere in Folge der Anregung Fraser's und einiger Schüler Bezold's vielfach ventilirte Frage des Antagonismus zwischen Atropin und Physostigmin, insbesondere in Betreff der Herzwirkung. In der That sind die Folgen der Physostigmin-Wirkung auf das Herz denen der Atropinwirkung entgegengesetzt; die Veränderungen, die die Herzaction durch Atropin erleidet, gehen durch Ph. in das Gegentheil über, die Herzaction wird langsamer und kräftiger und es ist denkbar, dass wir, wenn bei einer Atropinvergiftung dem Organismus namentlich von Seite der am Herzen hervorgebrachten Veränderungen Gefahr droht, diese Gefahr durch Ph. vermindern können; dennoch dürfen wir dieses Verhältniss nicht als „Antagonismus" in strengwissenschaftlichem Sinne bezeichnen, welche Bezeichnung nur für solche Substanzen gilt, die auf einen und denselben Organtheil in entgegengesetztem Sinne wirken, während Ph. auf ganz andere Theile des Herzens einwirkt als Atropin. Aehnliche Verhältnisse wie am Herzen finden auch an einigen gleich zu erwähnenden anderen Organen, z. B. Darm, Pupille statt, ohne dass wir auch hier von einem eigentlichen Antagonismus sprechen dürfen. Ein wirklicher Antagonismus beider Gifte ist vielleicht in Bezug auf ihre Wirkung auf gewisse Theile des centralen Nervensystems vorhanden, die durch Atropin erregt, durch Ph. gelähmt

Digitized by Google

werden, und auch in dieser Hinsicht eine günstige Wirkung des Ph. bei Atropinvergiftung denkbar, indem ersteres die Erregbarkeit gewisser, im Gehirn gelegener Centren herabsetzen und so die schädlichen Folgen einer abnormen Reizung derselben beseitigen könnte, doch dürfte das Ph. nur sehr vorsichtig angewendet werden.

Die Frage, ob es sich bei der Wirkung des Ph. auf das Säugethierherz ebenso wie beim Frosch um eine Muskelwirkung handelt, kann nicht sicher entschieden werden; dasselbe gilt in Betreff der übrigen quergestreiften Muskeln des Säugethiers, wenn auch die Frage, ob eine Affection der Muskelsubstanz selbst oder nervöser Apparate in derselben vorliegt, mit grosser Wahrscheinlichkeit sich zu Gunsten der ersteren entscheiden lässt.

Sicherer lässt sich die Wirkung des Ph. auf gewisse glatte Muskeln des Säugethieres nachweisen, namentlich in Betreff der Veränderungen der Pupille und des Darms. In ersterer Hinsicht kamen die Verf. gleichzeitig mit Martin Damourette zu denselben Resultaten. Da das Ph. die Pupille auch in dem Falle verengert, wenn die Endigungen des Oculomotorius zuvor durch Atropin gelähmt wurden, und da eine Lähmung des Dilatator sicher ausgeschlossen werden kann, muss das Ph. auf ein peripherer gelegenes Organ im Auge wirken als Atropin, und dieses kann nur der Muskel selbst sein. Da durch Atropin der m. sphincter selbst zunächst intact gelassen wird, contrahirt er sich auf jeden Reiz, und durch den durch Ph. gesetzten dauernden Reiz dauernd. Ph. wirkt nicht auf dasselbe Organ, welches das Atropin lähmt (wie das beim Muscarin der Fall ist), sondern auf ein peripherer gelegenes (den Sphincter) in ähnlicher Weise, wie das am Froschherzen der Fall ist. Die Verengerung der atropinisirten Pupille kommt also nicht so zu Stande, dass die Ursache der Mydriasis beseitigt wird, sondern dadurch, dass ein Reiz auf die Muskeln ausgeübt wird, somit zu der bestehenden noch eine neue Wirkung hinzukommt. Daher tritt die Wirkung des Ph. am atropinisirten Auge relativ langsam (nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde) und bei grösseren Dosen ein. Aehnliche Verhältnisse ergaben sich auch bei der Darmwirkung. Nach Atropinisirung vermag Ph. nicht mehr, den Darm zu peristaltischen Bewegungen zu veranlassen; Muscarin erregt also die nämlichen Theile der Darmwand, die Atropin lähmt, nämlich die gangliösen Elemente, da der Darmmuskel selbst durch Atropin zunächst nicht gelähmt wird. Ph. dagegen bewirkt heftige Darmperistaltik auch nach vorheriger Atropinisirung; es muss also auch hier auf ein peripherer gelegenes Organ, die Darmmuskeln selbst, erregend einwirken. Ausserdem konnten die Verf. auch, gemäss den Angaben von Bauer, krampfhafte Contractionen der Venenmuskeln am Mesenterium nachweisen.

Was endlich die Wirkung des Calabargiftes auf die Speicheldrüsen, die in der That eine Wirkung des Ph. ist, anbelangt, so hat Heidenhain gefunden, dass sie auch nach zuvoriger Lähmung der Endigungen

Digitized by Google

der Speicheldrüsennerven durch Atropin eintritt. Die Verf. sind namentlich mit Rücksicht darauf, dass Muscarin, welches die Endigungen der Speicheldrüsennerven stark erregt, die Wirkung des Atropin nicht beseitigt, der Ansicht, dass auch hier das Ph. auf peripherer gelegene Theile, auf das Drüsenparenchym selbst, direct einwirkt.

Die verschiedenen Symptome der Physostigmin-Wirkung lassen sich somit auf zwei Hauptwirkungen zurückführen: nach der einen Richtung directe Lähmung des centralen Nervensystems, nach der andern directe Erregung einer grossen Zahl muskulöser Organe. Für praktisch-therapeutische Zwecke: bei Augenkrankheiten, bei Atropinvergiftung, insbesondere in letzterem Falle sollte nie das Calabarextract, da es durchaus keine Dosirung gestattet, angewendet werden, sondern das von Duquesnel dargestellte „Eserin".

Prof. v. Schroff junior.

195. Gelsemium sempervirens. Von Holmes. Aus dem Pharmaceutical Journ. Dec. 1875. (Bull. génér. de Thérap. 1876.)

Die unter dem Namen Radix Gelsemii sempervir. s. nitidi, Bignon sempervir. (in Louisiana, Carolina, namentlich in Virginia und Süd-Florida wachsend) in 2 Formen, in kleine Stücke zertheilt und zusammengepresst, oder in Stücken von 2—3 Zoll Länge und $^1/_8$—$^3/_4$ Zoll Dicke, im Handel vorkommende Drogue ist eigentlich der unterirdische Stamm der Pflanze, theilweise noch mit kleinen Wurzeln besetzt und manchmal mit noch einem Stücke des rothen ober der Erde befindlichen Stammes. In Amerika wurde die Drogue schon seit langer Zeit als Fiebermittel gebraucht. Wormley stellte aus derselben das Acidum Gelseminicum dar, sehr löslich in Chloroform und Aether, nur bis zu $^1/_{1000}$ Gewichtstheil in kaltem Wasser, besser in kochendem löslich, aus dem es sich beim Erkalten in Krystalle ausscheidet. Mit Hydrarg. bichlorat. ergibt sich ein gelber, mit Argent. nitric. ein brauner Niederschlag. Es besitzt 2 merkwürdige Eigenschaften: 1. seine alkalischen Lösungen sind äusserst lichtbrechend; $^1/_{1000000}$ der Säure in alkalischer Lösung gibt unter der Lupe mit Sonnenlicht ein deutliches Blau; 2. sie kann ohne Veränderung sublimirt werden, bei vorsichtiger Erhitzung geringer Mengen über 1000 Cm. prismatische Krystalle.

Fredigke extrahirte ferner ein Alkaloïd unter dem Namen Gelseminia oder Gelsemin, fest, farblos, geruchlos, von bitterem Geschmack, selbst in $^1/_{1000}$% Lösung nicht krystallinisch, löslich in 25 Theilen Aether, in Chloroform und Schwefelkohlenstoff, wenig löslich in Alcohol und kaum löslich in Wasser, leicht löslich in mit etwas Salzsäure versetztem Wasser; seine schwefelsauren, salpeter- und essigsauren Salze sind sehr löslich im Wasser, sie schmelzen bei 100° und geben nach dem Erkalten eine glasige Masse, bei höherer Temperatur verflüchtigt sich das Gelsemin und sublimirt in kleinen Tropfen in der Röhre. Mit Hydrarg. bichlorat. gibt es einen weissen Niederschlag; Tannin, Stickstoffkohlensäure (acide

Digitized by Google

carbazotique), Natron bijodatum und Goldchlorür fällen es selbst aus Lösungen von $^1/_{1000}$ Gran. Concentrirte Schwefelsäure färbt Lösungen des Alkaloïd und seiner Salze rothbraun, bei geringer Erhitzung purpurroth.

Das Gelsemin ist ein starkes Gift, 3 Milligramm subcutan einer kräftigen Katze eingespritzt, tödteten sie in $^1/_2$ Stunde.

Therapeutisch dient die alcoholische Tinctur in England und Deutschland bei Neuralgieen des 5. Paares, besonders bei Zahnneuralgieen; in Amerika gegen Sumpffieber, abwechselnd mit Chinin gegeben. In kleiner Dosis bei entzündlichen Krankheiten der Kinder; als nervenberuhigendes Mittel in Fiebern. Bartholow vergleicht die Wirkung mit der des Schierlings. Obwohl das Gelsemium Erweiterung der Pupille verursacht, ist es doch kein Antagonist des Strychnins oder der Calabarbohne; es scheint die Kreisfasern der Iris zu lähmen, nicht aber die radiären, wie Belladonna, dürfte also für die Augenheilkunde wichtig werden. Mehrere tödtliche Vergiftungen mit der Tinctur sind bereits bekannt, allerdings nach grossen Dosen. Sawyer stellt die Normaldosis des Pulvers auf 6,5—13 Centigramm fest; die beste Darreichungsweise ist der alcoholische Auszug für Kinder.

Die Wirkung geht zuerst auf das Cerebrospinal-System, dann auf die Respiration und das Herz; zuerst werden die Bewegungsnerven des Auges gelähmt, Lähmung der Lider und bleibende Erweiterung der Pupille; die Sensibilität der Zunge wird abgestumpft, die Aussprache wird schwer, der Körper kann sich nicht aufrecht erhalten, Puls 120—130 Schläge, schwach aber regelmässig. Dieser Zustand dauert 1—$1^1/_2$ Stunden nach Einnahme von Gelsemium. Gegenmittel sind alcoholische Reizmittel, Elektricität, Salmiak, Tinct. Xanthoxyli fraxinei (Willd). Popp.

196. Ueber acute Chloralvergiftung. Von Dr. Aug. Frank in Cöln. (Berl. klin. Wochenschrift 37, 1876.)

Während fast bei allen Narcoticis präcise die Maximaldosen fixirt sind, ist dies beim Chloral nicht der Fall, so dass die Ansichten der verschiedenen Autoren heute noch bedeutend divergiren; so erklärt Bouchut 5·0 für die höchste Dosis, Rott 8·0, während Boehm 3·0 als Grenzdosis feststellt. F. theilt nun zwei Fälle mit, wo er minimale Dosen gab, und wo Exitus letalis eintrat.

Am 22. September 1875 wurde der Dreher F., ein 34 Jahre alter Mann, der seit lange starker Potator war, dem Hospitale übergeben. Bei der Aufnahme Delirium, weshalb Pat. isolirt wurde. Am 23. ruhig, am 24. exacerbirten die Delirien von Neuem, weshalb dem Kranken Morgens und Abends je 1·25 Chloralhydrat verabreicht wurde. In der Nacht schlief Pat. gar nicht. Am 25. wieder grosse Unruhe. Abends 9 Uhr 1·25 Chloralhydrat. Einige Zeit nach dem Einnehmen des Medicaments verfiel Pat. in einen ruhigen Schlaf. Gegen 5 Uhr Morgens collabirte der Kranke nach Aussage des Wärters plötzlich und verschied nach kurz andauerndem Rasseln, noch bevor der Arzt herbeigeholt war.

Digitized by Google

Der zweite Fall ist folgender: H., ein 48jähriger, kräftig gebauter Hausknecht, Potator, wurde am 19. October 1875 wegen Delirium tremens aufgenommen. Am 21. Abends gegen 9 Uhr wurde dem Pat. 2·50 Chloralhydrat in zwei kurz nach einander folgenden Dosen gereicht, Darauf ruhiger Schlaf; plötzlich gegen Morgen unregelmässige Respiration und ehe der Arzt hinzukam, war der Tod eingetreten. Die Sectionsbefunde sind vollkommen negativ. Im ersten Falle zeigte sich bei der Obduction eine geringe linksseitige Lungenblähung, ein unbedeutender Darmkatarrh und ein mässig hyperämisches Gehirn. Im zweiten Falle waren alle Organe normal. Nach F. dürfte Herzlähmung die Todesursache sein, wie ja die physiologischen Experimente Heidenhain's und Anderer lehren.

Hermann Hertzka.

197. Elimination der chlorsauren Verbindungen und des chlorsauren Natron im Besonderen. Von Rabuteau. (Gaz. de Paris 46 u. 48. Schm. Jahrb. 170, Referat von H. Köhler.)

Mit Uebergehung des chemischen Abschnittes, welcher von der Methode der Chlorbestimmung im Harne handelt, theilen wir als Resultat der Untersuchungen R.'s mit. Nahm R. Morgens nüchtern 2 Gramm chlorsaures Natron in 50 Gramm Wasser, so war 20 Minuten darnach die Gegenwart der chlors. Salze im Urin und Speichel nachzuweisen, in 15 Stunden waren die ganzen eingeführten 2 Gramm bis auf 0.0001 durch den Harn wieder ausgeschieden worden. Es verlässt also das chlorsaure Natron ebenso wie das Kaliumsalz den Organismus mit dem Harn unverändert wieder. Die Ausscheidung durch die Haut ist gleich Null; nur bei Complication mit Durchfall wäre eine Ueberführung der Chlorate durch die im unteren Ende des tractus intestinalis vorhandenen reducirenden Gase (Schwefelwasserstoff, Schwefelammonium) denkbar.

198. Ueber die therapeutische Verwendung des Pankreas. Von H. Engesser in Freiburg. (Aerztl. Mittheil. aus Baden 1876.)

In der Voraussetzung, dass in vielen Fällen von Dyspepsie eine mangelhafte Beimischung oder fehlerhafte Beschaffenheit des Pankreassecretes beschuldigt werden kann, und in der Absicht, in diesen Fällen den mit dem Pankreas gemischten Speisebrei auf eine grössere Verdauungsfläche, als sie (bei den neuerdings empfohlenen Pankreasklystieren) der Mastdarm bieten kann, einwirken zu lassen, versuchte Verf. das Pankreas per os einzuführen. Das Pankreasferment behält seine Wirksamkeit nur bis zu 50° C., wird bei höherer Temperatur dagegen zerstört.

E. lässt, um bei dem Kranken die Furcht und den Ekel vor dem rohen Fleische nicht aufkommen zu lassen, das Pankreas ohne Wissen und ohne Beisein des Patienten zubereiten, sodann die Drüse möglichst fein zertheilen. Dies geschieht dadurch, dass man sie nach Entfernung des

Digitized by Google

Fettes mit einem stumpfen Messer fein schabt, ähnlich wie die Leber bei Leberklössen, und dann, da die Gewebsfetzen nicht so leicht zu trennen sind, durch ein feines Haarsieb treibt, so dass nur noch ein ganz zarter, feiner Brei zur Verwendung kommt. Dieser Pankreasbrei wird nun zunächst einer kräftigen Fleischbrühsuppe zugesetzt, welche aber nicht über 50° C. haben darf, oder besser noch, dass sie gerade mundgerecht (sie darf, ohne geblasen zu werden, eben nicht mehr brennen) genossen werden kann; ferner ist geboten, um den Geschmack nach rohem Fleisch möglichst zu verdecken, die Suppe ziemlich stark zu würzen mit Salz, Muscatnuss und Gewürzgrün (Petersilie, Schnittlauch) — am wirksamsten fand man einen Zusatz von Säure zu der Suppe. Dieser kann darin bestehen, dass man mit Sauerampfer die sogenannte Sauerampfersuppe bereitet, oder dass man etwas feinen Weinessig oder einen säuerlichen Tischwein beigibt und die sogenannte Weinsuppe bereitet. Empfehlenswerth sind hier die Fischsuppen die auch stets mit etwas Essig oder Wein bereitet werden; ganz vorzüglich erschien der Zusatz von saurem Rahm zur Suppe, der ohne Unterschied jeder Suppe beigemischt werden kann.

Es ist nun aber bekannt, dass die Suppe in den nüchternen Magen gebracht, denselben alsbald wieder verlässt und rascher in die tieferen Partien des Darmes gelangt als die übrigen Speisen. Um nun auch diese dem Einfluss des Pankreas auszusetzen, ist es nöthig, dass wir entweder in die Mahlzeit mehrere Suppen einschalten, oder die Suppe während der ganzen Dauer der Mahlzeit nebenher geniessen lassen, oder aber, dass wir den einzelnen Gängen der Mahlzeit Sardellen-, sauere Zwiebel-Saucen beigeben, die mit Pankreas gemischt sind. Für diese gilt das Gleiche, was von den Suppen gesagt wurde.

Von technischen Schwierigkeiten sind nur noch anzuführen, dass das Pankreas unter den verschiedensten Bezeichnungen bei den Metzgern geht — Faulfleisch, Leberbries, — bei der Verordnung ist mithin eine vorherige Verständigung mit den Metzgern rathsam; — ferner ist es geboten, dass man die ganze Masse des geschabten und durchgetriebenen Pankreasbreies nicht auf einmal den Suppen oder Saucen beimengt, da es sonst in zusammengeballten Massen auf der Oberfläche schwimmt; es muss vielmehr besonders mit einer kleinen Portion Fleischbrühe (ähnlich dem Fleischextract) fein gerührt und so als eine Art Emulsion der Suppe oder Sauce beigemengt werden. Schliesslich sei noch bemerkt, dass das Schweinspankreas dem vom Rinde weit vorzuziehen ist.

Die Frage, ob das Pankreas den Magen passiren kann, ohne durch die Magenverdauung seine Wirksamkeit einzubüssen, glaubt E. auf Grund eigener Versuche dahin beantworten zu können, dass das Pankreas seine Wirksamkeit durch die Magenverdauung nicht einbüsse.

Eine bedeutend gesteigerte Wirksamkeit des Pankreaspräparates ist zu erwarten, wenn die geschabte Drüse Abends vor dem Gebrauche mit ¼ Liter Wasser und 8—10 Tropfen verdünnter Salzsäure versetzt an

Digitized by Google

einem kühlen Orte bis zur Verwendung aufbewahrt wird. Es wird nämlich dadurch der grösste Theil des Verdauungsfermentes frei, ehe die Drüse mit dem Kochsalz der Speisen, welches die Frementbildung hindert, in Berührung kommt.

199. **Ueber die innerliche Anwendung der Salicylsäure.** Von Fr. Riegel. (Sep.-Abdr. aus der Berlin. klin. Wochenschrift 1876.)

Bei den widersprechenden Resultaten über die Wirkung der Salicylsäure stellte Riegel im Bürger-Hospital in Cöln Versuche an über 100 Kranken an, zunächst nur um ihre temperaturherabsetzende Wirkung zu prüfen bei consequenter Darreichung, hauptsächlich bei Typhus. Ueber ihre Einwirkung auf Dauer und Verlauf fieberhafter Krankheiten kann er noch kein Urtheil fällen. Bei Gesunden sah er nach einer Dosis von nicht über 5 Gramm nie einen nennenswerthen Temperaturabfall.

Die Form der Darreichung war Anfangs in Oblaten als Pulver, später in Lösung mit Natronsalzen und zuletzt auch als salicylsaures Natron, das sich sehr leicht löst.

Veränderungen im Oesophagus, an der Magen- und Darmschleimhaut, Erosionen oder Geschwüre fand R. bei Obductionen nie (ganz neuerdings bei 2 Fällen von Phthisis pulm. und Typhus nach salicylsaurem Natron aber doch, der Zusammenhang derselben mit dem Mittel erscheint ihm zweifelhaft), auch Klagen über Schmerzen im Magen u. s. f. kamen selbst nach lange fortgesetzten und grossen Gaben nicht vor, bei 4 Typhusfällen, mit Salicylpulvern behandelt, wurden vorübergehende leichte anginöse Beschwerden mit Röthung und Schwellung der Rachenorgane beobachtet, die aber trotz Fortgebrauch des Mittels wieder verschwanden. Die Nebenwirkungen waren Erbrechen, Ohrensausen mit Schwerhörigkeit, Kopfschmerz, Schwindel; Collapserscheinungen niemals, dagegen sehr häufig Schweiss von verschiedener Intensität.

R. betrachtet die Wirkung der Salicylsäure nach zwei Punkten: 1. ob und wie stark die Temperatur herabgesetzt werde; 2. Grösse des Temperaturabfalles gegenüber dem nach Chinin.

Die Temperaturmessungen wurden zweistündlich, selbst stündlich gemacht, die Dosis war 4—6 Gramm.

Die Temperaturherabsetzung war in fast allen Fällen mit verschiedenen Krankheiten meist ziemlich beträchtlich, nicht selten bis zur Norm, ja selbst darunter, schwankend je nach Krankheit, Stadium derselben und Individuum; ebenso schwankte die Dauer des Abfalles. Bei Typhus betrug der Abfall 2—3 Grad, die Dauer 12, 18 und mehr Stunden; eine Abschwächung der Wirkung nach wiederholter Darreichung trat niemals ein. Dagegen wie bei Buss Verstärkung und Verlängerung derselben; in schweren Fällen war sie im Anfange weniger ausgeprägt, in leichteren wurde selten oder nie die Badetemperatur (39, 5) beobachtet. Doch wurde auch zugleich gebadet, die Bäder konnten aber auf 1—2 in

Digitized by Google

24 Stunden beschränkt werden, während ohne Salicylsäure alle zwei Stunden eines gegeben werden musste. Der nicht seltene Schweiss nach der Säure kann bei Vorsicht nicht als Einwand gegen diese Combination gelten, ebensowenig als die kühlen Bäder entbehrlich erscheinen, da sie nicht allein die Temperaturherabsetzung bezwecken, sondern auch die Auslösung tieferer Respirationen, Freimachen des Sensoriums u. dgl.

Die Dauer des Typhus wurde nicht beeinflusst, Recidiven aber auffällig häufig (in $^1/_3$ der Fälle) beobachtet, doch von sehr kurzer Dauer bei erneuerter Behandlung mit Salicylsäure.

Ausser Typhus wurden noch andere fieberhafte Krankheiten mit Salicylsäure behandelt; merkwürdig ist ein Intermittensfall mit anteponirendem tertianem Typus, der nach Gesammtgaben von 40 resp. 112 Gramm stets recidivirte und erst nach Chiningaben unter Verschwinden der Milzdämpfung dauernd heilte.

Auch bei Phthisis war die Wirkung der Salicylsäure in Dosen von 4—6 Gramm beachtenswerth, während durch Chinin hier sich oft wenig erreichen lässt.

Nach Buss muss die Dosis der Salicylsäure doppelt so gross sein wie die des Chinins, um dieselbe antipyretische Wirkung zu haben; die Versuche Riegel's zeigen, dass die Salicylsäure die Temperatur rascher und etwas bedeutender herabsetzt, aber für etwas kürzere Zeit als Chinin; die Dosis war 4 Gramm gegen 2 Gramm Chinin. muriat. Nach Salicylsäure steigt auch die Temperatur wieder rascher an als nach Chinin. So bei Typhus; bei Phthisis war der Abfall beträchtlich grösser und dauernder als nach Chinin. Die beigegebenen fünf Temperaturmessungstabellen geben ein anschauliches Bild der beiderseitigen Wirkungen an demselben Kranken.

Ein weiterer Vortheil der Salicylsäure ist, dass sie in diesen grossen Dosen lange Zeit fortgegeben werden kann, während Chinin in der äquivalenten Dosis von 2 Gramm schwere Nebenerscheinungen hervorruft. Noch günstiger gestaltet sich das Verhältniss für das salicylsaure Natron, das bei kaum geringerer antipyretischer Wirkung leicht löslich und ohne reizende Eigenschaften ist.

Den directen Einfluss der Salicylsäure auf gewisse theils fieberhafte, theils fieberlose Krankheiten und die Erklärung desselben wird Riegel in einer späteren Arbeit besprechen. Popp.

200. Zur Anwendung der Salicylsäure, resp. des Natron salicylicum beim Typhus. Von Dr. L. Schröder in Petersburg.

Die an 160 mit Salicylsäure, resp. dem Natronsalze behandelten Typhusfällen von Sch. gemachten Erfahrungen sind folgende. Die antipyretische Wirkung der Präparate ist zweifellos; auf die ätzende Eigenschaft derselben zu beziehende Nachtheile wurden nicht constatirt, weder im Leben Ulcerationen im Munde und Rachen noch bei div. Obductionen im Magen und Anfangstheile des Darmes. Bei grossen Gaben (3 mal pro

Digitized by Google

die 1 Drachme) traten Collapserscheinungen auf, einhergehend mit kleinem weichem, sehr beschleunigtem Pulse, während bei kleinen Dosen sich Pulsverlangsamung constatiren liess, so dass Puls und Temperatur nicht im gewöhnlichen Verhältnisse stand. Diese Beobachtung machten den Verdacht rege, dass die Salicylsäure ein Herzgift sei, welcher Verdacht durch die von Köhler publicirten Experimente eine Stütze erhielt. (Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1876 Nr. 21, 22.)

Der Curerfolg bei den 160 mit Salicylpräparaten behandelten Fällen war im Vergleich mit 211 exspectativ und mit Bädern behandelten Kranken kein günstiger, indem von letzteren nur 14·7 %, von ersteren 19·4 % erlagen, freilich waren auch unter den 160 Fällen viel schwerere als unter den anderen. Er glaubt die ungünstige Mortalitätsziffer auf die lähmende Wirkung der Salicylsäure auf's Herz schieben zu können, da bei 31 Todesfällen 17 allein auf Fieberconsumption kamen. Eine Abkürzung der Krankheitsdauer konnte nicht constatirt werden, wie sie von Riess behauptet wird; im Mittel dauerte das Fieber 17 Tage bis zum Beginn der Reconvalescenz.

Schröder kommt somit zum Schlusse, dass consequente Kaltwasserbehandlung beim Typhus der Behandlung mit Salicylsäure, respective Natron vorzuziehen sei. Boese.

201. Amylnitrit bei Hemikranie und Neuralgien. (Nach Schmidt's Jahrbuch. 170.)

Lithgow (Lancet, 1875) giesst 2 Tropfen auf die Handfläche, verreibt dieselben mit einem Finger auf eine möglichst grosse Fläche, lässt den sitzenden Kranken Mund und Nase mit dieser Hand bedecken bei tiefer und ruhiger Inspiration. Binnen längstens 5 Minuten ist der Kopfschmerz geschwunden. Die Wirkung des Amylnitrites zeigt sich in Röthung des Gesichtes, Pulsiren in den Schläfen, Palpitationen und dem Gefühle von Ausgehen des Athems, selten in Xanthopie. Zuweilen wird über Gliederschmerzen geklagt, treten ebenso vorübergehende Krämpfe auf, doch ist bei Einhaltung obiger Dosis eine Gefahr nicht zu besorgen. Bei Eintritt bedrohlicher Erscheinungen mache man kalte Begiessungen und bringe den Körper in luftige Räume.

Es werden mehrere Fälle von Heilung von hemikranieartigen Anfällen aus der neuesten Literatur mitgetheilt. Einige Male wird von dauernder Heilung berichtet und mehrseitig angegeben, dass das Mittel besonders bei Zeichen von Angiospasmus (Blässe, verfallenes Aussehen während des Anfalles), nicht aber bei Personen wirksam war, welche ihre Kopfschmerzen unter Heisswerden des Gesichtes bekamen. Auch das die Migräne begleitende Erbrechen wurde öfter beseitigt.

Fuckel (Deutsches Archiv f. klin. Medicin 14) hat in 6 Fällen bei mit leichten Läsionen des Genitalapparates (Anteflexion, Peritonitis obsoleta, Uterinkatarrh etc.) behafteten Frauen verschiedene Lumbal- und

Digitized by Google

Sacral-Neuralgien auf Einathmung von 3 Tropfen Amylnitrit weichen sehen. Nur bei anämischen, nicht aber bei vollsaftigen Jungfrauen heilte Maurer Menstrualkoliken durch Einathmung von 3—5 Tropfen, 1—2 Mal während der Periode. Manzi in Cremona heilte in 80 Sitzungen, bei welchen er in der Dosis allmälig bis zu 10 Tropten gestiegen war, eine Gesichtsneuralgie, welche zwei Jahre lang allen bekannten Mitteln widerstanden hatte.

Clapham's Erfolge bei Seekrankheit traten unter 124 mal 121 mal ein. Dosis 3 Tropfen nach dem ersten Erbrechen.

Bettelheim.

202. Untersuchungen über die örtliche Einwirkung der sog. Adstringentia auf die Gefässe. Von Dr. Hugo Rosenstern. (J. N. Rossbach's pharmak. Untersuch. 1876, Schmidt's Jahrb. 171, Referat von Köhler.)

R. kam bei seinen am Froschmesenterium angestellten Versuchen über das im Titel genannte Thema zu anderen Resultaten, als bisher gewonnen waren. Er beobachtete die Wirkung der auf das Mesenterium applicirten Adstringentia, und fand Folgendes:

Argentum nitricum bewirkte eine bemerkenswerthe Verengerung der Arterien und Venen, Verlangsamung des Blutstromes in denselben und meist sogar completen Stillstand in denselben. Die maximale Gefässverengerung kam in 16—18—50 Secunden zu Stande (je nach der Concentration der Lösung). — Hingegen bewirkten acidum tannicum gallicum und pyrogallicum durchaus keine Verengerung, sondern eine Erweiterung der Gefässe (in maximo um das Doppelte). Die Erweiterung ist nicht reflectorischer Natur, denn sie erfolgt auch nach Exstirpation der Wirbelsäure und Zerstörung des Rückenmarkes und Hirnes. Plumbum aceticum hingegen und ferr. sesquichl. erwiesen sich als gute Adstringentia, wenn auch schwächer als arg. nitr.

Schwarz.

203. Neue Methode bei Anästhesirung mit Aether. Von Lawson Tait. (The Practitioner Nr. XCIIV. März 1876.)

Seit zwei Jahren hat L. Tait bei allen seinen Ovariotomien und anderen Operationen mit Aether narkotisirt; leider hat Aether bei älteren Personen leicht heftige Bronchitis zur Folge durch die hohe Abkühlung, welche die inneren Lungenoberflächen durch das Einathmen von Aetherdämpfen und Luft mit einer Temperatur bedeutend unter 0° C. erfahren. Am gefährlichsten ist deshalb auch der wasserfreie Aether, der sich gerade am besten zur Anästhesirung eignet; ein weiterer Uebelstand ist, dass sich auf dem Tuche, auf dem der Aether gereicht wird. Eis bildet, das einerseits mechanisch die Verdunstung hindert, andererseits den Aether mit Wasser verdünnt und dadurch noch mehr die Verdunstung beeinträchtigt.

Digitized by Google

Um diese einzige Gefahr durch Aether zu beseitigen, kam Tait auf den Gedanken, den Aether zu kochen und die Dämpfe ohne Luft einathmen zu lassen. Der Apparat, von Salt in Birmingham hergestellt, besteht aus einem Behälter (Reservoir) für den Aether von 0·720 spec. Gew., das 300 Grm. fasst und aus welchem der Aether durch eine Pumpe, auf jeden Kolbenstoss 4·0 Grm., in das Kochgefäss aus Glas getrieben wird; das Kochgefäss hängt in einem Wasserbade, erhitzt durch eine Spirituslampe; vom Kochgefäss führt ein 4—5 Fuss langer Schlauch zu dem Junker'schen Mundstück. Das Kochgefäss, in das am Anfange 12·0 Aether gepumpt werden, muss luftdicht verschlossen sein, um eine Explosion zu vermeiden. Die Aetherdämpfe aus dem Kochgefäss erhalten eine Temperatur von 31—33° C., ihr Geschmack erinnert an Stickstoffoxydulgas, und ist deshalb die Anästhesirung viel angenehmer und frei von der Gefahr der Bronchitis, wie Tait die Erfahrung gezeigt hat. Zugleich ist die nöthige Menge Aether für vollständige Narkose geringer. Eine gute Abbildung des Apparates ist beigegeben. Popp.

204. Beseitigung von Muttermalen (naevus planus et vasculosus). Von Dr. Balmanno Squire in London. (Giorn. ital. d. mal. ver. et de pel. 1876.)

Der Verf. macht mit einer Staarnadel, welche viermal so stark ist als die gewöhnlichen Staarnadeln, Incisionen in den Naevus, die zu einander parallel sind, 1 Millimeter von einander abstehen, bis in die normale Haut hineinreichen und die Dicke der Cutis durchsetzen. Vorher wird die zu operirende Partie durch Bestäubungen mit Aether (Richardson's „Anästhesirungsapparat") unempfindlich gemacht. Nachher wird durch 10 Minuten sanft aber energisch mit den Fingern auf die incidirte Partie, über welche Fliesspapier gebreitet wurde, eine Compression ausgeübt. Während der Operation und auch später darf keine Zerrung der betreffenden Stelle stattfinden, durch welche die Wundränder von einander getrennt werden würden, weil sich sonst Blutcoagula zwischen denselben ansetzen und Entstehung von Narben veranlassen. Ist eine zweite Operation nöthig, so müssen bei dieser die Schnitte jene der ersten unter 45°, ist eine dritte nöthig, so müssen bei dieser die Schnitte jene der ersten unter 90° treffen. Findet man am Tage nach der Operation auf der betreffenden Stelle Blutcoagula, so sind diese mit einem sehr geschmeidigen, in frisches Seifenwasser getauchten Pinsel und einem weichen, in frisches gewöhnliches Wasser getauchten Schwamm zu beseitigen. Den Tag nach der Operation tritt eine leichte, vorübergehende Anschwellung ein und in 14 Tagen ist alles vorüber.

Der Verf. rühmt von dem Verfahren, dass es leicht, ohne Hämorrhagie ausführbar und schmerzlos ist, keine Spur der Anwendung zurücklässt und dass man dabei keine Gefahr läuft.

Emanuel Kohn.

Digitized by Google

205. Ueber eine vasomotorische Neurose im Anschlusse an Hysterie. Heilung durch den faradischen Strom. Von Dr. Armaingaud. (Gazette hebdomadaire 1876.)

Ein junges Mädchen, das seit Jahren an Neuralgia cervicobrachialis leidet und mit hysterischen Krämpfen behaftet ist, die anfangs mit unregelmässigen, später in regelmässigen Perioden zur Erscheinung kamen, verlor vor einigen Wochen diese Convulsionen mit einem Male, dagegen traten vom Tage ihres Verschwindens ab Anfälle von Schlafsucht auf. Dieser Schlaf trat anfangs einmal des Tages auf, mit immer gleicher Dauer, später zweimal täglich, zur selben Stunde sich einstellend; endlich traten noch einige neue Erscheinungen hinzu, so dass zu einer gewissen Periode der Krankheit Folgendes an der Kranken beobachtet wurde:

1. Um 11 Uhr Vormittags ein Schlafanfall von $^1/_4$stündiger Dauer.
2. Um 2 Uhr Nachmittags ein 2. Anfall von $1^1/_2$stündiger Dauer.
3. Um $5^1/_2$ Uhr Abends Congestionirung der beiden Augen, durch 2 Stunden.
4. Oertliche „Asphyxie" der Extremitäten während der Augeninjection auftretend und vor derselben verschwindend.
5. Um 5 Uhr 5 Minuten tritt eine sehr heftige rechtsseitige Intercostalneuralgie auf, die genau um $6^1/_2$ Uhr plötzlich wie abgeschnitten aufhört. Sie wurde zuerst 15 Tage nach Heilung der Cervico-Brachial-Neuralgie beobachtet.

Endlich gesellte sich diesen Erscheinungen, gegen Ablauf der Krankheit, noch eine Chromidrose der Augenlider hinzu.

Während der Schlafanfälle waren alle Theile des Körpers absolut unempfindlich gegen die stärksten Reize und es war nicht möglich, die Kranke zu erwecken; Druck auf den zweiten Dornfortsatz der Wirbelsäule rief lebhafte Zeichen von Empfindlichkeit hervor, so dass die Patientin während desselben das Gesicht zchmerzhaft verzog, Zittern und Schluchzen bekam, ohne jedoch zu erwachen.

Der Zustand hatte Monate lang gedauert, als Armaingaud die Behandlung übernahm. Einige Vesicatore auf den Schmerzpunkt an der Wirbelsäule machten sofort die Neuralgie verschwinden und die Application des faradischen Stromes auf dieselbe Stelle, während des Schlafes, bewirkte das Aufhören der Schlafanfälle. Während der Applicationszeit der Elektricität nahmen diese Anfälle täglich um je 2—3 Minuten Dauer ab, wurde aber die Faradisation ausgesetzt, so nahm die Dauer wiederum um einige Minuten zu. Die einzige bis jetzt — nach mehreren Monaten — zurückgebliebene Spur des Leidens ist eine blauschwarze Färbung der Augenlider; im Uebrigen ist das Mädchen gesund, gut aussehend, hat guten Appetit und normalen Schlaf. Die Application der Elektricität geschah anfänglich wegen der Vesicatorwunde in der Weise, dass die linke obere Extremität, welche vor den Anfällen Sitz einer Aura war, zum Angriffsobject gemacht wurde; der positive Pol wurde auf die linke

Digitized by Google

Schulter, der negative auf den unteren Theil des Armes gesetzt. Nach der Vernarbung obiger Wunde wurde der positive Pol auf den Schmerzpunkt (Niveau des 2. Halswirbels), der negative auf einen Lendenwirbel aufgesetzt.

An die sehr detaillirt und breit mitgetheilte Krankengeschichte knüpft Armaingaud Betrachtungen über die Natur der Krankheit und Erklärungen der einzelnen Symptome. Dass es sich vor den Schlafanfällen um eine Hysterie gehandelt habe, darüber ist kein Zweifel; auch das ist nach den beobachteten Erscheinungen sichergestellt, dass hier keine Katalepsie aufgetreten sei, sondern ein hysterischer Schlaf, wie ihn französische Autoren als „comatöse Form der Hysterie" beschrieben haben. Indess abgesehen davon, dass diese Autoren des Wirbelschmerzpunktes nicht erwähnen, ist in ihren hiehergehörigen Beobachtungen von einer Regelmässigkeit in der Wiederkehr und Dauer dieser Anfälle keine Rede. Man könnte dieses typische Auftreten sogar einer Intermittens zuschreiben, wogegen indess u. A. die Erfolglosigkeit der Chinintherapie spricht. Dagegen weisen die localen Congestionen und Verfärbungen auf einen Gefässkrampf, auf eine vasomotorische Neurose hin und Verfasser schlägt deshalb für die Krankheit, von der er den hier mitgetheilten Fall behandelt hat, den Namen vor: Intermittirende, vasomotorische Form der Hysterie.

Mit Uebergehung der Reflexionen des Autors über die Wirksamkeit der Elektricität in diesem Falle, sollen hier noch die Schlusssätze mitgetheilt werden, in denen seine Arbeit gipfelt:

I. Die Kranke, um die es sich in dieser Beobachtung handelt, ist durch Anwendung faradischer Elektricität auf die Wirbelsäure geheilt worden, während die frühere Behandlung mit den verschiedensten Mitteln erfolglos waren.

II. Die Untersuchung auf einen Wirbelschmerzpunkt und die Auffindung eines solchen bildeten hier den Ausgangspunkt der Therapie und man sollte deshalb bei allen Neurosen, welcher Natur sie auch sein mögen, die Wirbelsäure untersuchen.

III. Die praktische Wichtigkeit solcher Punkte ist Trousseau, der sie nur bei Neuralgien beobachtete, entgangen. Bei letzteren werden übrigens gute Resultate durch Ableitungsmittel auf die Wirbelsäule erzielt.

IV. Die Fälle von hysterischer Lethargie, von pathologischem Schlafe jeder Art, die Extase, die Katalepsie nnd andere ähnliche nervöse Affectionen, die von vasomotorischen Störungen gefolgt sein können, gehören unter jene Neurosen, bei denen man den elektrischen Strom anzuwenden versuchen kann. Popper.

206. Ueber Faradisation bei Polyarthritis rheumatica. Von Dr. Felix Beetz. (Deutsches Archiv f. klin. Medicin 1876, Bd. 18, 4. u. 5. Heft).

Die günstigen Resultate Drosdoff's, zu welchen jene von Weisflog im schroffsten Gegensatze stehen, veranlassten den Verfasser, sowohl den

Digitized by Google

localen Einfluss der faradischen Behandlung, als die Wirkung auf das Allgemeinbefinden zu studiren. Das eingehaltene Verfahren war das von Drosdoff, nur bediente er sich eines Leclanché-Elementes und zweier Plattenelektroden von Hirschmann von 4·5 Cm. Durchmesser, mit Schwammüberzug. Was das Verhalten der erkrankten Gelenke gegen den faradischen Strom betrifft, ergab sich Folgendes: Die rheumatisch afficirten Gelenke ertragen einen Strom von ganz beträchtlicher Intensität ohne Schmerzempfindung. Ist auch dieses nicht sofort beim Aufsetzen der Elektroden der Fall, so tritt doch schon während der ersten Minuten der Application eine Gewöhnung an denselben ein. Bei den freien Gelenken ist die Herabsetzung der Sensibilität deutlicher nachzuweisen als bei den mit dickeren Muskellagen bedeckten. Offenbar bedürfen letztere einer gewissen Stromstärke, deren Application nicht thunlich erscheint. Eine Steigerung der Schmerzhaftigkeit durch Faradisation hat Beetz ebensowenig beobachtet als Drosdoff. Als Minimalzeit der Einwirkung verlangt er für jedes einzelne Gelenk 7 Minuten; über 10 Minuten wurde diese Zeit niemals ausgedehnt. Die therapeutischen Erfolge des Verfassers stimmen fast völlig mit jenen Drosdoff's überein.

Die Verbesserung des Bewegungsvermögens, sowie die Abnahme des Schmerzes sind in der That äusserst auffallend; beide treten fast gleichzeitig ein und sind einander proportional; ein völliges Versagen des Erfolges hatte er nie zu verzeichnen, wenn nur die Dauer der Stromeseinwirkung nicht geringer als 5—7 Minuten gewesen war. Als Ursache der günstigen Wirkung der Faradisation betrachtet er nicht wie Abramowski und Weisflog den dadurch gesetzten Hautreiz, sondern den Einfluss auf die Gefässe, speciell die Erweiterung der letzteren und beruft sich dabei auf Versuche von Sinitzin. Was die Einwirkuug des Verfahrens auf den Verlauf des Allgemeinleidens betrifft, so gibt Verfasser zu, dass der Faradisation kein weiterer Einfluss zugeschrieben werden kann, als dass sie durch Herabsetzung des Schmerzes den Verlauf milder macht.

Die Application wurde in der Mehrzahl der Fälle auf den Abend verlegt, theils um dem Kranken eine ruhige Nacht mit Vermeidung der Opiate zu verschaffen, theils weil erfahrungsmässig Fiebermittel um so energischer wirken, wenn man sie zur Zeit des physiologischen Fieberabfalles gibt.

In seinen Fällen betrug übrigens die Fieberdauer durchschnittlich 10·8 Tage, die Dauer des Spitalaufenthaltes 28 Tage. — Als Palliativum ist jedenfalls der indicirte Strom beim acuten Gelenksrheumatismus zu empfehlen. Popper.

207. Paralysis agitans, erfolgreich behandelt mittelst Elektricität. Von J. J. Caldwell. (Virginia medical monthly. 1876. April.)

Verf. berichtet über einen mittelst Elektricität geheilten Fall von Paralysis agitans, bei dem jedoch auch Strychnin und Blasenpflaster angewandt wurden.

Digitized by Google

Ein 65jähriger Mann wurde Anfangs September 1871 von seinem Arzte dem Verf. zur Behandlung überwiesen. Patient litt an Zitterlähmung, namentlich seit längerer Zeit an solcher der oberen Extremitäten und war dadurch unfähig, sein Handwerk — Schuhmacharei — auszuüben. Als ihn C. sah, hatte er derart den Gebrauch der Hände verloren, dass er nur mit Schwierigkeit die Nahrung zum Munde führte. Dabei zeigte sich Zittern in den Muskeln der Oberextremitäten und des Kopfes und allmälig dehnte sich dieser Zustand über die obere Hälfte des Körpers aus. Die Muskelkraft war vermindert; es bestand ferner eine Neigung, den Rumpf nach vorne zu biegen. Sinnes- und Geistesthätigkeit ungetrübt. Im weiteren Verlaufe traten Schlaflosigkeit, Schling- und Kaubeschwerden auf. Mit Uebergehung der arzneilichen Behandlung, die in Strychnin und in Blasenpflastern auf dem Nacken bestand, soll hier nur der elektrischen Therapie Erwähnung geschehen. Dieselbe bestand in Galvanisation des Rückenmarks und des Sympathicus bei einer Stromstärke von 12 Stöhrer und viertelstündiger Dauer, jeden zweiten Tag angewendet, und an den alternirenden Tagen in milder Faradisation der kranken Muskelgruppen. Vom Beginne der elektrischen Behandlung an (3. September) besserten sich das Allgemeinbefinden und der Lähmungszustand des Kranken, und als er um Weihnachten entlassen ward, war er vollkommen wieder hergestellt und im Stande, seine frühere Beschäftigung wieder aufzunehmen. Der erzielte Erfolg wird durch ein mitgetheiltes Schreiben des Arztes, der den Patienten früher behandelt hatte, bestätigt und Verf. konnte sich auch zur Zeit der Abfassung des Artikels an dem sich ihm vorstellenden Patienten überzeugen, dass sein Uebel nicht zurückgekehrt war.

In den Bemerkungen, die er an die Mittheilung seines Falles knüpft, erinnert er daran, dass Trousseau die Paralysis agitans für ein unheilbares Leiden erklärte, was Althaus nur für veraltete Fälle gelten lässt. Russell-Reynolds hat einen Fall von Schüttellähmung des rechten Armes bei einem 57jährigen Manne mittelst der Pulvermacher'schen Kette geheilt und zwar binnen 5 Tagen, das Leiden hatte aber erst 14 Tage gedauert.

Beard und Rockwell sprechen von zwei Arten der Paralysis agitans — deren eine mit organischen Veränderungen einhergeht, während bei der anderen „functionellen" Form keine solchen Veränderungen nachweisbar sind. Die Krankheit kann nach diesen Autoren local oder allgemein sein; sie kann eine Extremität, oder den Unterkiefer, oder alle 4 Extremitäten befallen. Sie erwarten das Meiste von Galvanisation des Rückenmarkes, des Sympathicus und des Gehirnes. Bezüglich der Prognose sagen sie, dass bei Befallensein aller Extremitäten keine Behandlungsweise Erfolg habe. Fälle, in denen blos eine, oder eine obere und eine untere Extremität afficirt sind, werden gebessert oder (seltener) geheilt. Das Zittern wird zuweilen durch allgemeine Faradisation oder Galvanisation des Rückgrates gemildert oder aufgehoben.

Die Ursachen der Paralysis agitans sind oft dunkel, manchmal ist Ueberanstrengung der Muskeln, manchmal Degeneration des Nervensystems Schuld. Von 21 Fällen, die Hammond verzeichnet, waren 6 auf Gehirnleiden, 4 auf Ueberanstrengung, 4 auf verschiedene Krankheitszustände, 2 auf Traumen zurückzuführen, und in 5 Fällen war keine Ursache aufzufinden. Die Autopsie hat gerade in schweren Fällen keine pathologisch-anatomischen Veränderungen ergeben. Popper.

Digitized by Google

208. Die Behandlung der Magenektasien beim chronischen Magenkatarrh. Verl. Mittheilungen von Dr. Neftel in New-York. (Centralblatt 1876, 21.)

N. bedient sich seit 8 Jahren „mit Erfolg" des Inductionsstromes bei Behandlung von Magenerweiterungen in Folge chronischer Magenkatarrhe. Beide Elektroden (ziemlich breite Platte) werden stabil über dem erweiterten Magen „an dessen entferntesten Endtheilen" angesetzt, zuerst in horizontaler Richtung und mit minimaler Stromstärke, dann langsam bis zum Maximum steigend, auf demselben einige Secunden stehen bleibend und schliesslich wieder bis zum Verschwinden abfallend. Diese Procedur wird in Pausen von einigen Secunden 15—20mal nacheinander wiederholt. Dasselbe geschieht an den zwei anderen, vertical oder diametral entferntesten Punkten. Ausserdem wendet N. auch zuweilen seine „Methode der tetanisirenden Inductionsströme" an, d. h. er applicirt die eine Elektrode stabil und drückt die andere bei ganz über einander geschobenen Rollen plötzlich an die entgegengesetzte Magenpartie an, hält dieselbe einige Secunden lang an und entfernt sie eben so plötzlich. Dieses „alternirende" Verfahren wird 15—20 mal wiederholt. Diese Behandlung wird täglich wiederholt und meist verbunden mit dem inneren Gebrauch antifermentativer Mittel (Chlorwasser, Thymol) (letzteres ist wohl noch keine 8 Jahre in medicin. Verwendung! Ref.), wobei die Patienten „beliebige" Quantitäten Wasser trinken dürfen.

Bettelheim.

209. Zur Therapie des Diabetes mellitus, insbesondere über die Anwendung des salicylsauren Natrons bei demselben. Von W. Ebstein, Prof. in Göttingen. (Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 24, 1876.)

E. theilt die Geschichte zweier Fälle von Diabetes mellitus mit, bei denen Carbolsäure und andere therapeutische Agentien einen unzureichenden Erfolg hatten, und wo beim ersten derselben das salicylsaure Natron die diabetischen Symptome vollkommen beseitigte, während es dieselben beim zweiten Kranken bedeutend besserte.

Der erste Fall betraf einen 58jährigen Bürstenmacher, bei dem ohne erbliche Anlage und ohne sonstige ätiologische Momente acut vermehrter Durst und vermehrte Diurese verbunden mit grosser Schwäche und Hinfälligkeit eintraten. Am 14. Tage der Erkrankung kam Patient in Behandlung; er hatte damals ausserdem eine doppelseitige Ischias, die jedoch nach Vesicantien in wenig Tagen heilte. Die objective Untersuchung ergab ausser einer Dämpfung in der rechten Lungenspitze keine Veränderung. Der Appetit war nur mässig, der Durst stark vermehrt. Die 24stündige Harnmenge betrug 5775·0 Ccm., das spec. Gewicht 1030·0, die 24stündige Zuckermenge 403·9 Gm. Nachdem Patient 50 Tage lang Carbolsäure in verschiedener Menge, und Carlsbader Mühlbrunnen theils mit Milchdiät, theils mit gemischter Kost ohne besonderen

Digitized by Google

Effect genommen hatte, bekam er Natron salicyl. 5·0 pro die in 3 Dosen bei gemischter Kost (18. Februar 1876). Nach 10 Tagen war der Zucker, der successive abnahm, aus dem Harne vollkommen geschwunden, um bei Fortgebrauch von anfangs 5·0, später 1·0 Nat. salicyl. pro die bis zum 30. Mai (bis wohin die Beobachtung reicht) nicht wieder zu erscheinen. Die Harnmenge betrug im Mittel 1200·0 Ccm., das spec. Gewicht 1020·0. Der Urin verlor bald seine blaue Färbung und wurde dunkler, meist gelbröthlich mit einem Sediment von harnsauren Salzen. Das Körpergewicht hatte während dieser Zeit um 18 Pfund zugenommen.

Im zweiten Falle lag bei einem 53jährigen Herrn ein bereits 8 Jahre bestehender Diabetes vor, der seit seinem Anfang stetig zugenommen hatte, und bei dem Curen in Karlsbad und Neuenahr nur vorübergehende Besserung hervorbrachten.

Auch hier wurde zunächst Carbolsäure und Karlsbader Mühlbrunnen mit gemischter und antidiabetischer Kost ohne besonderen Erfolg versucht, dann zum Natr. salicyl. gegriffen, von dem Patient 3mal täglich 2·5 Gm. bei gemischter Kost 9 Tage lang nahm. Am Tage vor der Verordnung des Natr. salicyl. betrug die 24stündige Harnmenge 2320 Ccm., die Zuckermenge 106·74 Gm. während der 9tägigen Periode im Mittel 2400·0 Ccm. Harn und 51·4 Gm. Zucker pro die. Dann nahm Patient 15 Tage lang 3mal täglich 3·0 Gm. Natr. salicyl.; während dessen betrug der Harn im Mittel 2600·0 Ccm., die Zuckermenge 40·7 Gm. Das Körpergewicht des Patienten hatte seit der Beobachtung um 10 Pfund zugenommen. Eine weitere Besserung wurde bei längerer Beobachtung unter Fortgebrauch von 5·0 Natr. salicyl. pro die nicht constatirt.

Boese.

210. Ueber Behandlung chronischer Dysenterie mittelst örtlicher Heilmittel. Von Maury, Tennessee. (New-York Med. Journal Memphis 1876, allgem. med. Centr. Zeit. 1876.)

Verf. berichtet über 14 geheilte Fälle von chronischer Dysenterie. Die Kranken hatten monatelang an häufigen (20—30mal in 54 Stunden) schleimig-blutigen Entleerungen gelitten, waren dabei von Kräften gekommen, alsdann innerhalb 8—14 Tagen durch seine Methode völlig geheilt worden. Diese bestand darin, dass er die Kranken ätherisirte, ihnen mittelst eines Sims'schen Speculum das Rectum erweiterte, dann in die Höllensteinlösung (7·5 auf 30 Wasser) getauchte Watte tief in's Rectum hineinbrachte. Ueberall, wo die Rectalschleimhaut noch nicht hypertrophirt (gegen welche die von Thomas empfohlene Salpetersäure als nützlich sich erweist) und die Geschwüre oberflächlich waren, bewährte sich diese Methode vortrefflich, und wurde damit in der ersten Zeit täglich, dann nach 8 Tagen einen Tag um den andern fortgefahren und in kurzer Zeit diese Krankheit sowie der Intestinalkatarrh, eine begleitende Erscheinung derselben, beseitigt. Innerlich wurde zu gleicher

Digitized by Google

Zeit Magisterium bismuthi 1·0—1·25 täglich verabreicht und Abends eine Morphiumeinspritzung gemacht. Es empfiehlt sich dabei, die Kranken während der Behandlung das Bett hüten und eine leichte Diät, aus Milch, Fleisch und Fleischbrühe bestehend, gebrauchen zu lassen. Verf. räth, dieses Mittel selbst in acuten Fällen von Ruhr zu versuchen, da bei dieser bereits am 5. Tage der Krankheit (Parkes) Geschwüre im Rectum sich zeigen.

211. Einiges über die Wirkung der Salicylsäure bei der Diphtherie. Von Dr. H. Schulz in Ehringshausen. (Allgem. med. Central-Zeit. 1876. 14.) — Die innerliche Darreichung der gepulverten Salicylsäure bei Diptheritis. Von Dr. Julius Steinitz in Dresden. (Ibidem, 16.)

Schulz versuchte die Salicylsäure local und innerlich a) bei 2 Kindern mit Scharlach-Diphtherie und b) bei 12 Kindern mit primärer Diphtherie des Rachens. Das Alter der Kinder war zwischen 1—12 Jahren. — In 11 dieser 14 Fälle (darunter die sub a) wendete Schulz vom ersten Momente an die Salicylsäure in der Weise an, dass er täglich 2—3mal einen in Wasser getauchten und ausgedrückten Schlundpinsel in reine Salicylsäure senkte, möglichst viel mit demselben mitnahm und so eine afficirte Stelle nach der anderen auf's sorgfältigste betupfte (resp. von den Angehörigen der Kinder betupfen liess). Das hiedurch im Rachen erzeugte Brennen war ein „äusserst (!) erträgliches". Nach dem Bepudern liess Schulz kein Wasser oder dergleichen trinken. In 10 von diesen 11 Fällen entfernte S. die diphther. Producte nicht durch Schwämme oder Läppchen. Innerlich bekamen die Kinder: Acid. salicyl. 2, Aq. dest. 120, Mucil. gumm. arab. Syr. Rub. Id. aa. 15, wohlumgeschüttelt alle Stunden (auch Nachts) 1 Kinderlöffel. — 10 von den 11 Fällen waren nach längstens je 5 Tagen vom Fieber und von den diphther. Membranen frei, zeigten im sonst rothen Rachen nur einzelne bläulich-weiss verfärbte Stellen (Salicylwirkung) und absolut gutes Allgemeinbefinden. In dem oben von der Berichterstattung ausgeschlossenen (11. Falle) nahm S. am 3. Tage nach der Erkrankung (und sofort wie oben eingeleiteter Behandlung) die besonders dicken und durch ihr Abstehen von der Schleimhaut gewissermassen zum Herausnehmen auffordernden Membranen mit einem weichen Schwamme weg. Die Membranen erzeugten sich alsbald wieder, und nach abermaliger Entfernung blieben weisse, immer schwieriger entfernbare Stellen zurück. Erst vom 9. Tage angefangen lassen sie sich wieder neuerdings entfernen. Die Salicylsäure verursachte in diesem Falle in Folge der nach der Membranentfernung blutenden Stellen viel mehr Brennen. Auch dieses Kind genas. In dem Reste der 14 vom Verfasser beobachteten Fälle (3) zeigte sich kein Rachenbelag, sondern von Anfang an Kehlkopfstenose (ziehender, zischender Athem, Dyspnoe, Cyanose, Bellhusten) und Diptherie wurde nur angenommen, weil gleichzeitig Rachendiphtherie herrschte. Zwei von

Digitized by Google

diesen Kindern starben (eines nach der Tracheotomie), das dritte, das vielleicht doch nur einen Larynxkatarrh hatte, genas. — S. würde in künftigen Fällen von Kehlkopfdiphtherie neben der innerlichen Anwendung der Salicylsäure (gegen die „Allgemeindiphtherie") Inhalationen möglichst concentrirter Salicylsäurelösungen versuchen. Es scheint S. aber, dass in Fällen, wo die Diphtherie zuerst im Rachen auftritt, die Salicylsäure das Fortschreiten des Processes in der Larynx erschwere. Bei eventuellem Fortschreiten des Processes nach der Tracheotomie könnte man, meint S., Salicylsäure-Inhalationen und Bepudern vom Munde oder der Wunde aus, umsomehr versuchen, als „der Charakter der Erkrankung an sich im Kehlkopf ein gutartigerer ist, als in der Rachenschleimhaut". — S. spricht sich durchaus gegen die Entfernung der Membranen (oder Einlagerungen) aus: die damit verbundene Epithelverletzung gibt nur einen frischen, geeigneten Boden zur Fortwucherung der Pilze.

Steinitz wendete in 45 Fällen (3 davon endeten letal) von meist schwerer Diphtheritis die Salicylsäure in der Weise an, dass er 0·1—0·12—0·2 in Zuckerwasser 1- bis 2stündlich trinken liess. Den im Glase zurückbleibenden Pulverrest lässt er durch Nachgiessen von Zuckerwasser nehmen. Gewöhnlich genügten 10—15 solcher Dosen zur Herabsetzung des Fiebers und Herbeiführung der Abnahme des diphtheritischen Processes. — Nur einzelne Kinder bekamen nach den ersten Dosen Erbrechen. Salicylsäure in Schüttelmixtur oder Natr. salicyl. wurde von den Kranken Steinitz' schlecht vertragen. Bettelheim.

212. Die Behandlung der Diphtheritis in Wien. (Wiener med. allg. Zeitung 1876.)

a) Dr. Unterholzer: Prophylaxis: Möglichste Meidung der Ansteckungsgefahren, baldigste Trennung der Kranken von den Gesunden im Erkrankungsfalle, fleissige Untersuchung der Rachenorgane der Gesundgebliebenen, allenfallsiger Gebrauch eines Gurgelwassers (früh und Abends) von Kali chloric. oder hypermangansaurem Kali. — Desinfection.

Therapie: Bettruhe. Oertlich: Bei leichteren Entzündungserscheinungen Priessnitz-Umschläge um den Hals, bei stärkeren, namentlich mit bedeutenderen Halsdrüsenschwellungen Eisumschläge. — Gurgelwasser, oder zum behutsamen Auspinseln der Tonsillen und des Rachens (bei Kindern, die nicht gurgeln können) Aqua calcis und destill. zu gleichen Theilen, 2—3stündlich; dabei auch Ausspritzungen der Nase, wenn selbe gleichzeitig diphtheritisch erkrankt. — Inhalationen mit Aq. calcis.

Innerlich: Eispillen oder Eiswasser (Gefrornes) in kleinen Quantitäten und kurzen Zwischenräumen.

Als Medicament: Rp. Kali chlor. 1·50
Aq. dest. 70·0
Syr. simpl. 10·0
M. D. S. Stündlich 1 Kinderlöffel voll.

Digitized by Google

Bei etwas stärkerem Fieber:

Rp. Decoct. cort. peruvian.
ex. 8·00 per $^1/_2$ hor. ad. col. 70·0
Kali chloric. 1·50
Syr. simpl. 10·0
M. D. S. Stündlich 1 Kinderlöffel voll.

Wenn das Fieber noch sehr heftig, nebstbei: 2—3mal des Tages eine grössere Gabe Chinin. sulf. in Lösung (mit möglichst wenig Flüssigkeit, um es leichter beizubringen).

Bei sehr hoher Temperatur bewirkte eine Gabe von Natr. salicylic. von 1·00 meist eine bedeutende Herabsetzung derselben für einige Zeit. Nach Bedarf Wiederholung der Medicamente. Wenn nöthig, noch Waschungen mit Essigwasser, kühle Einhüllungen etc.

Bei niederer Temperatur: Anwendung von Wärme, und namentlich bei Zeichen beginnender Schwäche: belebende Mittel, Wein, Rum etc., Liquor ammonii anis., Campher etc.

Bei Blutungen: Liq. ferri sesquichlorat.

Bei folgender Laryngitis, wenn Indicationen, Tracheotomie.

Gegen Lähmungen: Aufenthalt in reiner Luft, gute Nahrung, Bäder, Chinin, Eisen, Elektricität etc. etc.

Diätetische Behandlung: Fleissige Erneuerung der Luft, scrupulöse Reinlichkeit in Allem, als Nahrung im Anfange mehr Flüssigkeiten, Milch, Caffee, Thee, Suppe, später, namentlich in der Reconvalescenz, kräftige Fleisch- und Milchspeisen etc. Vor Anwendung aller Dinge, welche den Kräftezustand des Patienten herabzusetzeu geeignet wären, muss man sich strengstens hüten.

b) Dr. A. Luzinsky: Innerlich fast durchwegs das Kali chloricum, bei heftigerem Fieber Chinin oder Digitalis. Aeusserlich, in leichteren Fällen Einpinselungen mit subigirtem Kali chlor.; in schwereren: Touchirungen mit Lapis, Salzsäure, Ferrum sesquichloricum. Bei zwei schwer Erkrankten wurde die Carbolsäure zu Touchirungen, Einpinselung und Einathmung, in einem dritten ähnlichen Falle, bei brandigem Zerfalle des Exsudates, das Acidum pyrolignosum zu Einpinselungen versucht, ohne den gehofften Erfolg — der Ausgang war letal. — In einer Familie von 6 Kindern wurden zwei Brüder (3 und 4 Jahre alt) von heftiger Diphtheritis fauc. ergriffen, welche in den Larynx überging. Bei dem Einen war das Leiden so hochgradig, dass schon die Tracheotomie in nächster Aussicht stand. In diesem Falle liess L. Brom-Dämpfe in kurzen Pausen einathmen. Der Kranke genas.

Bei heftigen localen entzündlichen Zuständen wurde Eis äusserlich und innerlich angewendet.

c) Dr. Lederer: Ausser reiner und kühler Luft des Krankenzimmers und Milchdiät, wenn sie durch eine Diarrhöe nicht contraindicirt wird, Anwendung der Kälte äusserlich und innerlich (letztere ist

Digitized by Google

sehr oft nicht möglich), und Bepinselung der kranken Partien mit einer Verbindung von Argent. nitr. mit Mucilag. ggi. arab. einige Male des Tages.

Innerlich: Natrum bicarbonicum, besonders anfangs, wenn heftiges Erbrechen zugegen ist, ferner Kali chloricum oder Chininum tannicum, besonders bei starkem Fieber oder gleichzeitiger Diarrhöe.

Von der sogenannten brandigen Bräune konnte L. bisher keinen Fall retten.

d) Dr. Politzer's Erfahrungen „über die Behandlung der Diphtheritis in der heurigen Epidemie" — sind keine anderen als diejenigen, die er im Laufe der Jahre in allen, sporadisch sowohl als epidemisch ihm vorgekommenen Fällen zu machen Gelegenheit hatte. Er wendet seit etwa acht Jahren — ausschliesslich — die zuerst von Küchenmeister empfohlene, und in letzter Zeit so ziemlich zum Gemeingut aller Aerzte gewordene Aq. calcis mit dem allergünstigsten Erfolge an. Dieser Erfolg — den er, ohne Uebertreibung, statistisch dahin präcisiren kann, dass von 100 Fällen von Rachendiphtherie (wenn anders kein Kehlkopfcroup dazutritt) 90 bis 95 Fälle mit Genesung enden — dieser Erfolg hängt nach seiner reichen Erfahrung von der Methode ab, nach welcher die Aq. calcis angewendet wird. Wendet man sie — wie dies gewöhnlich geschieht — blos als Einpinselung 3- bis 4- oder selbst 6mal des Tages an, so ist ihre Wirkung gleich Null. Ebenso erfolglos bleibt sie, wenn man sie als Gurgelwasser blos zweistündlich und selbst stündlich anwendet. Die Aqua calcis kann nur dadurch eine Schrumpfung, Aufrollung und einen moleculären Zerfall der diphtheritischen Exsudate bewerkstelligen, wenn diese möglichst viel und lange mit jener in Contact kommen, wenn, mit anderen Worten, die kranken Theile nahezu continuirlich von derselben bespült werden. Dies ist aber, wie leicht einzusehen, weder beim Bepinseln, noch beim seltenen Gurgeln der Fall, sondern dies ist nur erreichbar auf folgenden 3 Wegen: a) durch alle 2—3 Minuten vorgenommene Irrigation der kranken Theile mittelst eines mit Kalkwasser zu gleichen Theilen mit Aqua dest. spl. gefüllten Kautschuk Ballons; b) durch alle 2—3 Minuten vorgenommenes, lang anhaltendes Gurgeln mit dieser Mischung; diese zwei Wege sind nur bei Erwachsenen und älteren, sehr tractabeln Kindern gut verwendbar; c) durch den Gebrauch der erwähnten Mischung mit einem Zusatz eines Syrups als Getränk, und zwar zu einem Kinderlöffel bis zu einem Esslöffel voll, alle 2—3 Minuten. Es ist einleuchtend, dass bei solchen Kindern, bei denen weder durch Irrigation, noch durch Gurgeln das Kalkwasser mit den Rachegebilden in die erforderlich lang dauernde Berührung gebracht werden kann, nichts übrig bleibt, als sie beim Schlingact diesen Theilen zuzuführen. Dabei erhebt sich nur das eine Bedenken, ob so grosse Quantitäten des verdünnten Kalkwassers im Magen-Darmcanal, oder bei ihrer Aufnahme in's Blut nicht irgend einen Schaden bringen müssen? Diese Frage glaubt P., auf Grund einer achtjährigen

Digitized by Google

Beobachtung entschieden verneinen zu können. Und so wendet er denn das verdünnte Kalkwasser, meist mit Syr. rub. id., als Getränk, alle 2—3—5 Minuten — bei abnehmender Diphtherie alle $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde, bei Kindern, die ziemlich gut gurgeln, abwechselnd mit diesem an — und diese Methode ist's, bei der er jene oben angegebene günstige Statistik erreichte. Schliesslich sei erwähnt, dass er diese Methode seit 8 Jahren ausschliesslich anwendet und seit dieser Zeit niemals weder das Touchiren noch irgend eine Einpinselung mehr in Gebrauch zog, und auch sonst kein Mittel — wie das viel gebrauchte Kali chloric., die Carbolsäure, das Salicyl, — das Chinin natürlich ausgenommen, das gegenüber dem Fieber unentbehrlich ist. Hiebei kann er nicht genug betonen, dass diese Anwendung des Kalkwassers nicht etwa blos bei Tag, sondern ebenso unverbrüchlich alle 3—5 Minuten bei Nacht stattzufinden habe.

Als P. in früheren Jahren noch vielfach und energisch Einpinselungen machte, hatte er noch sehr viele tödtlich endende Fälle, und er glaubte diese auf den Umstand zurückführen zu müssen, dass durch jene Proceduren blutende Flächen erzeugt und so durch die offenen Capillaren die Aufsaugung des diphtheritischen Detritus mit Setzung der diphtheritischen Blutvergiftung geradezu begünstigt wurde.

Bei dem ersten Auftreten eines Uebergreifens der Diphtherie des Rachens auf den Kehlkopf sind — nebst der inneren Anwendung des Kalkwassers — Inhalationen des letztern nach den bekannten Methoden, und ebenso beim Auftreten der ersten Erscheinungen von Adynamie, Schlummersucht, schwachem Puls etc. (als Ausdruck der Blutvergiftung und ihrer Rückwirkung auf das Herz und die Nervencentra) Campher, Ammonium, Kaffee, Wein etc. auzuwenden.

213. Quecksilbersublimat bei Diphtheritis. Von Dr. Thomas Billotti. (Il Morgagni 1876, Septemberheft pag. 616.)

Bei Gelegenheit einer Diphtheritisepidemie, welche im Jahre 1875 die Provinzen Cosenza und Catanzaro heimsuchte, behandelte der Verf. 26 Fälle mit Pinselungen von Sublimat. Der Erfolg war, trotzdem es sich theilweise um sehr schwere Kranke handelte, durchwegs ein günstiger. Die Mischung, deren sich B. bediente, war folgende:

Rp. Mercur. subl. corros. 1.00
Alkohol. rectif. 15.00
Aqu. destill. 20.00

Man taucht einen Pinsel in diese Flüssigkeit leicht ein und betupft damit täglich 3-, 4- oder 5mal die Schorfe. Der Pinsel soll nicht zu sehr mit der Sublimatlösung getränkt werden, damit keine Flüssigkeit in den Magen gelangt. Verf. hat übrigens bei seinen 26 Fällen nie Intoxicationserscheinungen beobachtet. Neben den Pinselungen empfiehlt B. die Anwendung von Excitantien und zwar besonders des Castoreums. Glax.

Digitized by Google

214. Zur Therapie der Ruhr. Von C. H. Brunner (Berlin). (B. k. Wochenschr. Nr. 38, 1876.)

Die Ipecacuanha ist im englischen Ostindien schon seit einem Jahrhundert mit grossem Erfolge bei der Dysenterie angewandt. Das Verdienst, zuerst mit ihrer ausschliesslichen Anwendung in grossen Dosen Versuche gemacht zu haben, gebührt Scott Docker, welcher sie bei einer Epidemie auf Mauritius anwandte und von 50 so behandelten Kranken nur einen verlor. Seine Behandlungsmethode war folgende: Nachdem ein Brech- oder wenigstens ein Purgirmittel den Darm gründlich entleert hatte, wurde ein Senfteig applicirt und darauf eine Drachme Laudanum gegeben. Eine halbe Stunde später, wenn die Reizbarkeit des Magens dadurch herabgesetzt war, wurde die Ipecacuanha gereicht, gewöhnlich in einem Trank, zuweilen aber auch in Pillen- oder Bolusform, wobei auf eine halbzurückliegende Stellung geachtet wurde. Die Dosis betrug 10 bis 90 Gran, selten weniger als 20—30, noch mehr aber nur in dringenden Fällen. Brach der Kranke sie aus, so wurde sie wiederholt, bis der Magen eine zur Cur erforderliche Quantität bei sich behielt. Bei grossen Dosen von 60—90 Gran wurde die Gabe erst nach 10—12 Stunden wiederholt und bei hartnäckigem Erbrechen auch die Application per Clysma in Anwendung gezogen. „Die Wirkung dieser grossen Dosen," sagt Docker, „ist sicher, schnell und vollständig, zuweilen wahrhaft Staunen erregend. In keinem einzigen Falle hat dies Mittel, so angewandt, im Stiche gelassen." — Auf Grund dieser Empfehlung stellten 32 Militärärzte in der Präsidentschaft Madras Versuche mit der Docker'schen Methode an, die das Resultat ergaben, dass die Mortalität von 7pCt. auf 1·3 herabgemindert wurde. Einen ähnlichen Erfolg hatten die in der Präsidentschaft Bengalen angestellten Versuche, wo die Mortalität an dieser Krankheit während 1812—54 8·82 pCt. betragen hatte und im Jahre 1860 bei Anwendung der Docker'schen Methode auf 2·8 fiel.

B. konnte sich (auf einer österreichischen Expedition) zu der ursprünglichen englischen Behandlungsweise nicht entschliessen, sondern gab nach jedesmaliger vorheriger Anwendung von 1 bis 2 Esslöffeln Oleum Ricini Dosen von 5 Gran als Infusum oder Pulver mit $^1/_2$ Gran Opium, 3 mal täglich. Auch damit gelang es ihm, wenigstens in der ersten Epidemie, in fast sämmtlichen Fällen den Process binnen wenigen Tagen zu beseitigen, so dass die Kranken schon vom 5.—6. Tage an als Reconvalescenten angesehen werden konnten. Der Erfolg dieser Behandlungsweise war ein so eclatanter, fast der Wirkung des Specificums gleichkommender, dass Verf. die Ipecacuanha in grösseren Dosen für die wahre Panacée gegen die einfache, nicht complicirte Dysenterie empfehlen zu müssen glaubt.

Die Anwendung von Adstringentien erwies sich nur von Erfolg, wenn alle entzündlichen oder Reizerscheinungen gewichen waren, d. h. wenn der Tenesmus beseitigt, kein Blut mehr in den Entleerungen vor-

Digitized by Google

handen war und diese einen fäcalen Charakter angenommen hatten. So lange Fäces in den Entleerungen fehlten, richteten sie stets Schaden an, und musste zunächst wieder zur Ipecacuanha zurückgegriffen werden, welche gerade gegen die Reizerscheinungen und den davon abhängigen Tenesmus besonders wirksam zu sein scheint.

Kleine Mittheilungen.

215. Eisen- und Farbstoffausscheidung in der Galle. Von Dr. A. Kunkel. (Pflüg. Arch. Bd. XIV. S. 353.)

Der durchschnittliche Eisengehalt der Hundegalle beträgt 6 Milligramm auf 100 Cc. oder 0,0086 Grm. Eisenoxyd. Ein Hund von 4700 Grm. schied 4—5 Mlgrm. Eisen und etwa 3 Decigramm Bilirubin in 24 Stunden ab. Dieser geringe Eisen- im Vergleich zum Farbstoffgehalt der Galle, der sich von dem Verhältniss der beiden Körper im Hämatin wesentlich unterscheidet, lässt sich nur durch die Annahme erklären, dass beim Zerfall des Hämatins durch einen Spaltungsprocess ein eisenreicher Rest im Organismus zurückgehalten wird, während der Gallenfarbstoff zur Ausscheidung kommt. Lassar.

216. Jodpräparate bei Bleivergiftung. Von Faure. (Aerztl. Intell. Bl. 1876, 49.)

Der Besitzer einer Bleiweissfabrik, Faure, hatte nach einer langdauernden Bleierkrankung mit unvollständiger Genesung an sich selbst ausgezeichnete Erfolge durch kleine Gaben Jodkali (0,03 Grm.) beobachtet und seitdem trotz seiner ungemeinen Empfindlichkeit gegen die Bleidämpfe damit wiederholte Anfälle glücklich bekämpft; er glaubt, dass sich die Arbeiter durch täglichen Gebrauch von 5—10 Centigrm. Jodeisen oder Jodkali bei Auftreten von Erscheinen vor den Folgen schützen können, ohne ihre Arbeit unterbrechen zu müssen.

217. Ein Fall von Milzruptur mit glücklichem Ausgang.

Bei einem 53jährigen Arzte, der einen Typh. exanthem. durchgemacht hatte stellten sich nach 17tägiger fast vollständiger Reconvalescenz 4 erhebliche kurz dauernde Fieberanfälle ein, in deren Verlauf die Milz sehr erheblich auf's neue anschwoll. Nach dem 4. Anfall wurde sie noch grösser als bisher, und nachdem im Laufe des Tages mehrfaches Erbrechen durch einen Diätfehler eingetreten war, stellten sich plötzlich die Zeichen einer Ruptur der Milz mit interner Blutung ein, heftige Schmerzparoxysmen in der Tiefe des Epigastrium, Auftreten einer neuen Dämpfung dicht neben der vergrösserten Milzdämpfung, tiefster Collaps. Der physikalisch nachweisbare Bluterguss nahm in den nächsten Stunden noch zu, der Collaps vermehrte sich, die Temperatur sank bis auf 35,4, es trat vollständige Cyanose, Anurie ein. Der Pat. erhielt continuirlich Eisbeutel auf den Unterleib und 0,06 Opium 3stündlich, endlich auch subcutane Campherinjectionen und Portweinklystire. Die nächsten Tage brachten gegen Erwarten keine peritonitischen. Erscheinungen, sondern es trat allmälige Resorption des Ergusses und Hebung des Allgemeinbefindens ein. Ganz resorbirt war der Bluterguss ca. 14 Tage nach seinem Austritt, während sich die Milz zu dieser Zeit noch vergrössert zeigte. Aus der Literatur theilt der Berichterstatter des vorliegenden Falles (Kernig in der St. Petersburger med. Zeitschrift, Bd. V, Heft 4, 1875) noch 22 Fälle von Milzruptur mit, die sämmtlich tödtlich verliefen.

Digitized by Google

218. Ein Fall von acuter Tuberculose bei einem 4 Monate alten Kinde. Von Dr. Th. Barlow. (The Brit. med. Journal 826.)

Bemerkenswerth ist der nachfolgende Befund bei einem nur 4 Monate alten Kinde, einer Drillingsfrucht, welche künstlich aufgezogen worden war und bei dem im Leben, ausser einer sehr schwachen Stimme und eines unbedeutenden Hustens, nur noch die hochgradige Atrophie aufgefallen war.

Eine hereditäre Disposition zur Tuberculose fehlte. In den letzten Wochen litt das Kind an Diarrhoen, Stomatitis ulcerosa, Schwellung der submaxillaren Drüsen und beträchtlichem Milztumor.

Befund an der Leiche: Schwellung und Verkäsung der submaxillaren, bronchialen und mediastinalen Lymphdrüsen, am hintern Ende des rechten wahren Stimmbandes ein tuberculoses Geschwürchen, graue discrete Tuberkel in geringer Zahl über beide Lungen ausgestreut, eine nussgrosse Caverne an der Basis der linken Lunge, zahllose miliare, gelblich gefärbte Tuberkel in der Milz und in einer Niere. Eisenschitz.

219. Ueber die druckvermindernde Wirkung des Extractum Fabae Calabarensis. Von Dr. Lucius. (Centralbl. für die medic. Wissensch. 1876. Nr. 33.)

Die vorläufige Mittheilung Laqueur's über die Wirkung des Eserin bei Vermehrung des intraocularen Druckes veranlasst L. mitzutheilen, dass er bei Weber in Darmstadt schon im Jahre 1871 das Extractum Fabae Calabar. als druckverminderndes Mittel sich bewähren gesehen. Weber erzielte damals in einem Falle von Staphylombildung unter Drucksteigerung durch Einträufelungen einer 2% Lösung des Calabarextracts Phthisis anterior. Später gebrauchte Weber dieses Medicament bei Glaucoma simplex mit wesentlichem Erfolge. Lucius zieht selbst, dem Beispiele Weber's folgend, das Calabarextract bei Hornhautulcerationen dann in erfolgreiche Verwendung, wenn die Iris nicht engagirt ist. Bei Glaucoma absolutum sah Lucius die Ciliarneurosen durch Calabar schwinden. Schnabel.

Auszüge aus grösseren medicinischen Werken.

220. Krankheiten der peripheren cerebrospinalen Nerven. Von Prof. W. Erb. (12. Band des Handbuch der speciell. Pathol. und Therap., herausgegeben von Prof. Ziemssen. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel, 1874. Siehe „Rundschau" 1877, Nr. 167.)

Musculöse Anästhesien kommen vorwiegend bei centralen, besonders spinalen Nervenleiden vor. Sowohl die Anatomie als die Physiologie der (von Manchen ganz geleugneten) sensiblen Muskelfasern ist noch unklar und lückenhaft. Jedenfalls aber kommen von den Muskeln ausgehend und mit ihrer Function im innigsten Zusammenhange stehend gewisse Empfindungen vor, die unabhängig von den durch die Haut vermittelten Empfindungen sind: das den Gemeingefühlen angehörende Muskelgefühl und der den Tastempfindungen analoge — die Abschätzung von Gewichten, differenten Widerständen und Contractionszuständen ermöglichende — Muskel- oder Kraftsinn. Unter dem Muskelgefühle versteht

Digitized by Google

man die dumpfe und unbestimmte Empfindung, welche bei energischer Contraction, bei faradischer Reizung (elektro-musculäre Sensiblität), ferner das Ermüdungsgefühl, welches in den Muskeln selbst entsteht nach anhaltendem Gebrauche derselben. Das Muskelgefühl wird am besten durch Faradisation der Muskeln geprüft. Der Muskelsinn, der nach E. H. Weber noch Gewichtsdifferenzen von 39 : 40 unterscheiden lässt, gibt uns Aufschluss über die Grösse und Ausgiebigkeit der Muskelcontraction und die ihr entgegenstehenden Widerstände, resp. über die zur Ueberwindung letzterer aufgewendete Kraft. Die Prüfung des Muskelsinnes geschieht durch Hebung von verschiedenen Gewichten und Abschätzung ihrer Differenzen (bei möglichster Ausschliessung des Drucksinnes der Haut). Man hängt Gewichte in ein um das zu untersuchende Glied geschlungenes Tuch und lässt die kleinsten, überhaupt noch fühlbaren Gewichtsgrössen, wie auch die kleinsten wahrnehmbaren Gewichtsdifferenzen (immer im Vergleiche zu Gesunden) bestimmen Auch prüft man, u. zw. alles das bei geschlossenen Augen des Kranken, mit welcher Präcision derselbe die Glieder in bestimmte, vorgeschriebene Stellungen, nach einer vorgehaltenen, tickenden Uhr bringen kann u. dgl.

Anästhesie des Muskelgefühles, wo das dumpfe Contractionsgefühl bei der Faradisation des Muskels, sowie die Empfindlichkeit des Muskels gegen starken Druck fehlt, kann mit oder ohne cutane Anästhesie vorkommen, meist ist dabei auch (hysterische) Muskellähmung und kann der eigentliche Muskelsinn intact sein.

Anästhesie des Muskelsinnes äusserst sich durch Abnahme oder Verlust der Fähigkeit, Gewichtsdifferenzen zu erkennen, es kann daher bei ganz gelähmten Muskeln von einer Prüfung des Muskelsinnes gar nicht die Rede sein. Bei dieser Anästhesie fehlt auch das Gefühl für das Gleichgewicht des Körpers, die Fähigkeit, bei geschlossenen Augen über Lage und Stellung der Glieder, die Grösse der etwa ausgeführten Bewegungen etc. Rechenschaft zu geben. Verlust des Muskelsinnes kommt am häufigsten bei der Hysterie, demnächst bei Hysterischen vor, dabei ist meist die elektro-muskuläre Contractilität erhalten.

Neurosen der Sinnesnerven (mit Ausnahme derjenigen des Opticus und Acusticus).

1. Neurosen der Geschmacksnerven. Das Hauptorgan für die Geschmacksperception ist die Zunge, nebstdem noch ein Theil des weichen Gaumens, die Gaumenbögen und wohl auch die Rachenwandungen. Die Zungenwurzel, der Gaumen und die Rachenwand werden vom Glossopharyngeus, die vorderen $\frac{2}{3}$ der Zunge und die Zungenspitze vom Lingualis versorgt; aber einen sehr erheblichen Theil, wenn nicht alle Geschmacksfasern für die vordere Zungenhälfte enthält die Chorda tympani (wie aus Durchschneidungsversuchen an Thieren und aus Fällen von Facialiserkrankung an einer Stelle, wo die Chordafasern noch nicht abgegangen sind,

Digitized by Google

hervorgeht). Ob die Chordafasern im Facialis zum Gehirn gelangen oder (Schiff) aus dem Facialis wieder in die Bahn der Trigeminus (2. Ast durch den N. petros. superf. major) ist noch nicht entschieden. Klinische Facten sind: 1. Das Vorkommen isolirter, vollständiger Anästhesie des Trigeminus durch Erkrankung seines an der Schädelbasis liegenden Abschnittes mit gleichzeitiger Aufhebung des Geschmackes an der vorderen Zungenhälfte. Entgegenstehende Beobachtungen von Fällen von Trigeminuserkrankung mit fehlender Geschmacksstörung wären nur beweisend, wenn nachgewiesen wäre, dass alle im Trigeminus liegenden Fasern zerstört sind und es sich nicht um eine centrale Erkrankung handelte. 2. Fälle von isolirter, vollständiger, peripherer Facialislähmung mit Aufhebung des Geschmackes auf der vorderen Zungenhälfte. 3. Fälle von Lähmung des Facialis an der Schädelbasis, oberhalb des Gangl. Geniculi ohne Beeinträchtigung des Geschmackes.

Alle diese Beobachtungen sprechen dafür, dass die Geschmacksfasern aus dem Lingualis in die Chorda, mit dieser in den Facialis und von diesem wieder in den Trigeminus zurückgehen. Die intracraniellen Bahnen der Geschmacksfasern und der eigentliche Herd der Geschmacksempfindung sind noch unbekannt.

Die Ränder, Spitze und Wurzel der Zunge sind mit dem feinsten Geschmacksvermögen ausgestattet, aber auch einzelne Theile des Gaumens, die vorderen Gaumenbögen und ein Theil der Rachenwand sind zu schmecken befähigt. Nur lösliche Stoffe können geschmeckt werden. — Für die Untersuchung am Kranken genügt die Unterscheidung der Hauptkategorien des Bitteren, Süssen, Sauren und Salzigen. Man lässt am besten die Zunge bei geschlossenen Augen und weit geöffnetem Munde weit herausstrecken und trägt die zu untersuchenden schmeckbaren Stoffe mittelst eines Glasstabes auf. Die Kranken müssen, noch ehe sie die Zunge zurückziehen, durch ein verabredetes Zeichen angeben, ob und später erst was sie geschmeckt haben; nach jedem Einzelversuche muss die Zunge durch Mundausspülen gereinigt werden. Sehr bequem und werthvoll ist ferner die Neumann'sche galvanische Geschmacksprüfung: 2 feine, mit kleinen Knöpfen versehene und bis zu den Knöpfen mit Siegellack überzogene Drähte werden, wohl von einander isolirt, wenige Millimeter von einander entfernt auf einen Glasstab befestiget und bilden die Elektroden eines oder mehrerer galvanischer Elemente. Setzt man dieselben auf die Zunge auf, so entsteht neben einem leichten Brennen eine deutliche Geschmacksempfindung (säuerlich, salzig, metallisch, kupferig etc.), die an der Anode etwas stärker ist. Durch Verschiebung dieses Elektrodenpaares über Zungenoberfläche, Gaumen etc. kann man die Grenzen der schmeckenden und nicht schmeckenden Bezirke und Differenzen in der Intensität der Geschmacksempfindung an symmetrischen Stellen bestimmen. — Die Geschmacksneurosen zerfallen in Hyper- und Parästhesien und in die verschiedenen Formen der Anästhesie der Geschmacksnerven.

Digitized by Google

Hyperästhesie und Parästhesie der Geschmacksnerven. Hyperästh. gustatoria. Im ganzen seltene und meist bei Hysterischen vorkommende Zustände, wobei entweder ganz minimale Dosen schmeckender Stoffe schon wahrgenommen werden oder manche Stoffe abnorm angenehm oder unangenehm schmecken. — Parästhesien des Geschmackes wären die spontanen, subjectiven Geschmacksempfindungen, die in manchen Fällen von rheumatischen Facialislähmungen auf der vorderen Zungenhälfte wahrgenommen werden, ferner die Geschmacksempfindungen nach dem Einnehmen gewisser Arzneistoffe (Santonin). Die meist unangenehmen, widrigen Geschmackshallucinationen Geisteskranker sind centralen Ursprungs.

Unter Anaesthesia gustatoria (fälschlich Ageustie) versteht man alle die häufigen Beeinträchtigungen der Geschmacksempfindung, die vollständig oder unvollständig, total oder partiell (d. h. nur für einzelne Geschmacksqualitäten vorhanden), diffus oder circumscript sein können. Sie kann peripherisch zu Stande kommen durch alles, was die Einwirkung der schmeckenden Stoffe auf die Geschmacksnerven erschwert oder die Erregbarkeit der peripheren Endapparate herabsetzt. (Trockenheit der Zunge, Zungenbelag; Einwirkung von Kälte oder Hitze.) Fernere Ursachen sind Leitungsanästhesien der Geschmacksnerven (in den Bahnen des Glossopharyngeus, des Trigeminus, Lingualis, Facialis, der Chorda). Bei Leitungsanästhesie im Glossopharyngeus allein wäre der Geschmack auf der betreffenden Seite der Zungenwurzel, des Gaumens und Rachens, bei Leitungshemmung im Trigeminus, Lingualis, in der Chorda und gewissen Abschnitten des Facialis auf der vorderen Zungenhälfte, den Seitenrändern und der Spitze der Zunge beeinträchtigt. — Ueber Leitungsanästhesien in der centralen Bahn der Geschmacksnerven wissen wir sehr wenig.

Die Diagnose des Grades und der räumlichen Ausdehnung der Geschmacksanästhesie kann nur durch objective Untersuchung gemacht werden, da die subjectiven Angaben meist unzuverlässig sind. Den Sitz der Läsion zu bestimmen, ist oft äusserst schwer, um so mehr, als der Verlauf der Geschmacksfasern mancherlei Unregelmässigkeiten bietet. Anastomosen zwischen Glossopharyngeus und Lingualis geben auch noch die Möglichkeit der gegenseitigen theilweisen Vertretung beider Nerven. Die Prognose und Therapie richten sich nach der des Grundleidens: direct könnte man Faradisation oder Galvanisation an der Zunge oder längs des Lingualis oder durch die Felsenbeingegend u. dgl. versuchen.

Neurosen der Geruchsnerven. Die die Lamina cribrosa durchsetzenden Aeste des Olfactorius verbreiten sich nur im oberen Theile der Schleimhaut der oberen Scheidewand und der oberen und mittleren Muschel; central lassen sich die Bahnen des Olfactorius bis zur Insula Reilii verfolgen. Auch bei den durch gewisse flüchtige, gasförmige Stoffe hervorgerufenen specifischen Geruchsempfindungen ist das Gefühl der Lust oder Unlust gewöhnlich sehr ausgesprochen. Der elektrische Strom ist zur

Digitized by Google

Prüfung des Geruchsinnes nicht zu brauchen, sondern es muss das mit verschiedenen Riechmitteln abwechselnd mit dem einen oder andern Nasenloche geschehen. Die Trigeminusfasern reizende Stoffe (Ammoniak, Essigsäure, Schnupftabak etc.) sind dabei zu vermeiden. Man verwendet dazu Blumen, kölnisches Wasser, Bergamott- oder Rosmarinöl, Moschus, Campher, Asa foetida, Terpentin, Schwefelwasserstoff etc., prüft auch noch den Geschmack aromatischer oder wohlschmeckender Speisen und Getränke (Vanille, Zimmt, Käse, Kaffee, Wein, Liqueur).

Hyperästhesie und Parästhesie der Geruchsnerven kommt hie und da bei Hysterischen vor, welche oft sogar Personen nach dem Geruche unterscheiden können. Andere Hysterische, ferner auch Geisteskranke haben bei Gerüchen, welche Gesunde kaum oder gerne wahrnehmen, sehr widrige, selbst förmlich schmerzhafte Empfindungen; wieder andere bevorzugen hingegen gerade widrige und unangenehme Gerüche. Subjective meist unangenehme Geruchsempfindungen kommen als excentrische Erscheinungen bei manchen Erkrankungen des Riechnerven und des Gehirnes, bei Epileptischen und Geisteskranken vor. Bei Läsionen des Olfactorius, welche zuletzt zu Zerstörung desselben führen, tritt dann Anosmie ein.

Häufiger wird Anästhesie der Geruchsnerven, Anosmie beobachtet, welche sich durch fortschreitende Abnahme der Intensität der Geruchsempfindungen (oft zuerst nur einzelner) zu erkennen gibt. Die Sensibilität der Nasenschleimhaut bleibt dabei intact. Ist die Anosmie doppelseitig, so klagen die Kranken meist auch über eine sehr erhebliche Beeinträchtigung des Geschmackes, d. h. während sie den charakteristischen „Wohlgeschmack" der verschiedenen Speisen und Getränke nicht mehr wahrnehmen, unterscheiden sie die vier Kategorien süss, sauer, bitter und salzig bei Prüfung ihres Geschmacksinnes ganz normal; Kaffee erscheint ihnen als versüsstes, heisses Wasser, mit etwas bitterem Beigeschmacke, Wein als Essig etc. Den sogen. Wohlgeschmack, die Blume des Weines, das Aroma des Bratens, die Feinheit des Gewürzes, nehmen wir eben nicht mit den Geschmacks-, sondern mit den Geruchsnerven wahr. — Die anscheinend paradoxe Thatsache, dass bei völliger Unfähigkeit, durch die Nase eingesogene Riechstoffe wahrzunehmen, doch der von Speisen und Getränke ausgehende Geruch (Wohlgeschmack) wahrgenommen wird, kommt in solchen Fällen zur Beobachtung, wo ein Hinderniss für den Eintritt der Luft von vorne her in den oberen und vorderen Theil der Nase, aber kein Hinderniss für den Eintritt der Luft von der Chorda her besteht.

Anosmie kann zu Stande kommen peripherisch durch Alles, was die Einwirkung der Riechstoffe auf die Riechapparate behindert und durch Alles, was die Erregbarkeit und Aufnahmsfähigkeit dieser Apparate herabsetzt (wahre Anosmie). (Wird fortgesetzt.)

Digitized by Google

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

221. K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. — Sitzung vom 23. Februar 1877.

Dr. Schlesinger stellt eine 35jährige Frau vor, welche bereits sechsmal normal geboren hatte und nach der letzten Geburt wegen profuser Menstruation ihn consultirte. Bei der Untersuchung fand man die Scheide sehr kurz und in einen Blindsack endigend, welcher ein Grübchen beiläufig in seiner Mitte tasten liess. Die Untersuchung per rectum und die combinirte Untersuchung per rectum und per vaginam liessen über die Diagnose einer Atresia vaginae keinen Zweifel aufkommen. Auffallend war dabei, dass die Kranke von ihrem Zustande gar nichts wusste und nur wegen der profusen Menstruation, welche sich 3 Wochen nach der normal verlaufenen Geburt eingestellt hatte, Hilfe suchte. Nachdem durch längere Behandlung mit Ergotininjectionen die Blutungen aufgehört hatten, stellte sich nach mehreren Monaten die Kranke wieder vor mit der Angabe, dass die Menses seit 2 Monaten cessiren. Die Kranke war schwanger im 3. Monate. Schl. wandte sich an Prof. Späth mit der Frage, ob in diesem Falle vor der Geburt etwas geschehen solle, was von Prof. Späth verneint wurde. Seither haben sich trotz der fortschreitenden Gravidität die Verhältnisse an der Scheide gar nicht geändert. Die Kranke befindet sich übrigens ganz wohl. Bemerkenswerth erscheint, dass man es nicht mit einer narbigen Verschliessung zu thun hat, und die Verschliessung auch nicht durch Pseudomembranen bedingt ist. Die Atresie ist eine trichterförmige, concentrische, und liegt im oberen Drittel der Vagina. (Schl. demonstrirt eine Zeichnung derselben.)

Bei der in den nächsten Wochen eintretenden Geburt wird Schl., falls die Natur nicht irgendwie entgegenkommt, während der Wehen Einschnitte in die verengte Stelle machen, um die Geburt zu ermöglichen.

Herr Prof. Voigt bemerkt hiezu, dass er einen Fall beobachtet habe, wo bei einer Frau sich ein ganz ähnliches Verhältniss an der Vagina vorfand. Bei dieser ging die Geburt ganz normal vor sich, indem bei derselben die verengte Stelle sich entsprechend erweiterte. Die Frau starb am Puerperalprocesse; bei der Section fand sich ein Uterus bicornis, in dessen einem Horne die Schwangerschaft stattgefunden hatte.

Herr Prof. Heschl spricht sich dahin aus, dass die Strictur, nachdem die Frau bereits sechsmal geboren, jedenfalls keine angeborene sei, sondern eine in Folge Geschwürsbildung aufgetretene Narbenstrictur darstelle. Er macht hierauf einige Bemerkungen über angeborene Atresien der Vagina. Dieselben verhalten sich gewöhnlich so, dass am Uebergange vom oberen Drittel der Scheide in das mittlere sich ein Septum vorfindet, welches gewöhnlich an beiden Seiten Lücken zeigt. An der einen Seite findet sich gewöhnlich ein ganz kleines Loch, auf der anderen ein von oben nach abwärts ziehender Blindsack. Dieses Septum ist nichts anderes als der letzte Ueberrest des Zwischengewebes zwischen den beiden Müllerschen Gängen. Ein solches Septum, das sich gewöhnlich an der Stelle findet, wo das Zusammenschmelzen der beiden Müller'schen Canäle zur einfachen Vagina beginnt, stellt einen Bildungsfehler, den geringsten Grad der Duplicität der Scheide dar.

v. Massari erwähnt, dass er derartige Narbenbildungen einige Male beobachtet habe. Interessant war besonders ein Fall der Art, wo bei einer Zweitgeschwängerten in Folge einer Narbenbildung in der Nähe des Ostium vaginale eine solche Ausdehnung des Cervicalcanales eingetreten war, dass man mit Sicherheit behaupten konnte, dass, wenn nicht tiefe Einschnitte in die Narben

Digitized by Google

vorgenommen worden wären, der Cervix geborsten wäre. v. M. glaubt, dass man in solchen Fällen jedenfalls erst zur Zeit der Geburt operativ eingreifen dürfe, um den Verlauf der Schwangerschaft nicht zu stören.

Prof. Dittel. „Chirurgische Mittheilungen": D. bespricht die osteoplastische Amputation des Oberschenkels, welche Gritti, ein Schüler Schuh's, im Jahre 1857 vorgeschlagen hat. Sie besteht im Wesentlichen darin, dass statt der Enucleation im Kniegelenke oder einer tiefen Amputation am Femur das Gelenksende des Femur und der Patella abgesägt wird und die Sägeflächen mit einander in Contact gebracht werden.

Schuh hat im Jahre 1860 einen Fall nach dieser Methode behandelt; derselbe verlief letal. Es handelte sich um einen Medullarkrebs des Unterschenkels; am 8. Tage trat Blutung aus der Art. poplitea auf, und bald darauf Exitus letalis. Bei der Section fand sich eine krebsige Infiltration des Femur. In einem zweiten Falle (1863) hatte er einen günstigen Erfolg, trotzdem auch hier Blutung aus der Vena femoralis, später aus der Art. poplitea eintrat und Diarrhöen, Decubitus, Anasarca sich einstellten. Seitdem wurde die Operation sehr wenig geübt. D. hat sie im letzten Jahre fünfmal ausgeführt, wovon die letzten drei aus einem Zeitraume der letzten 4 Monate datiren. Alle wurden mit günstigem Erfolge ausgeführt. Zwei der bereits vollständig Geheilten stellt Prof. D. der Gesellschaft vor.

Der erste dieser beiden wurde am 30. September 1876 wegen Zertrümmerung des Oberschenkels operirt. Wundbehandlung nach Lister. Wundheilung per primam. Verlauf afebril. Am 10. October Gypsschleife. Am 29. October vollständige Heilung.

Im zweiten Fall musste die Operation nach Gritti ausgeführt werden, weil Pat. früher hoch oben am Unterschenkel amputirt worden war und Gangrän der Haut am Amputationsstumpfe und Nekrose der Tibia eingetreten war. Nach der Operation hatte der Kranke einen epileptiformen Anfall. Wundbehandlung nach D.'s gewöhnlicher Methode. In kurzer Zeit trat die Anwachsung der Patella ein; jedoch stellte sich oberhalb der früheren Fossa poplitea eine Eiterung ein, welche die vollständige Ausheilung verzögerte. Letztere erfolgte nach 139 Tagen.

Der dritte Fall, welchen D. operirte, ist noch nicht demonstrabel. Er betrifft ein kachektisches Individuum, welches an Caries tibiae litt, der übrigens trotz mancher Zwischenfälle seiner vollständigen Genesung entgegensieht.

D. bespricht nun eingehend die Vortheile, welche diese Operation bietet. Er erklärt in dieser Beziehung, dass die Ansicht Schuh's, dass der Kranke unter dem Stumpfe einen Knochen hat, auf welchen er sich gut stützen kann, weil letzterer auch beim Knieen diese Function normaler Weise zu leisten habe, nicht ganz richtig sei, weil, wie schon Linhart angibt, und sich Jeder selbst überzeugen könne, beim Knieen nicht die Patella als Stützpunkt diene, sondern die Tuberositas tibiae und höchstens noch das Lig. patellae. (D. demonstrirt dies an einer unteren Extremität.)

D. hält für einen wesentlichen Vorzug dieser Methode vor der Enucleation und der tieferen Oberschenkelamputation den Umstand, dass bei gelungener Operation der Stumpf sehr schön ist, und Nachoperationen nicht nöthig werden.

D. hat fünf Fälle mit günstigem Erfolge behandelt, was jedenfalls als ein passables Resultat zu bezeichnen sei. Er glaubt, dass er diese Erfolge besonders zwei Momenten zu verdanken habe. Erstens dem Umstande, dass er die Synovialkapsel immer vollständig exstirpirte, selbst wenn sie sich oberhalb der Patella in die Bursa suprapatellaris hinein erstreckte; zweitens der Anwendung seines à jour-Verbandes aus Gypsbinden. Dieser Verband hat bei der in Rede stehenden Operation denselben Zweck, wie beim Pirogoff, nämlich die feste Anwachsung der mit einander in Contact gebrachten Knochen, hier der Patella an den Condylus

Digitized by Google

femoris, in der geeigneten Stellung zu bewirken. Den grossen Vortheil, welchen der à jour-Verband bietet, demonstrirt D. auch an einem Unterschenkel, an dem die Pirogoff'sche Operation gemacht wurde. Er zeigt dabei, wie der Verband das Zurückgleiten des Fersenbeins hindert.

Schliesslich macht D. die Bemerkung, dass diese Operation wegen der damit erzielbaren günstigen Erfolge eine weitere Verbreitung verdiene, als sie bisher gefunden.

Herr Prof. Weinlechner bemerkt hiezu, dass er bei der Gritti'schen Operation einmal die Patella angenagelt habe, wodurch eine gute Fixirung derselben erzielt worden sei. Er halte überhaupt den à jour-Verband aus Gypsbinden nur für den Pirogeff, nicht aber für den Gritti zweckmässig. Er halte dann das Annageln der Patella für zweckmässiger als den erwähnten Verband, weil die conische Beschaffenheit des Oberschenkels das Anlegen desselben hindere.

Herr Prof. Dittel erwidert hierauf, dass, wenn constatirt sei, dass beide Methoden, das Annageln und der à jour-Verband Vortheile haben, Niemand das erstere vorziehen werde. Richtig sei es, dass der Verband beim Gritti nicht dasselbe leiste wie beim Pirogoff, und um denselben Zweck zu erreichen, beim Gritti öfters gewechselt werden müsse.

Herr Hofrath v. Dumreicher macht eine Bemerkung in Bezug auf die Möglichkeit auf Amputationsstümpfen zu gehen. Kern führt in dieser Beziehung schon an, dass diese wesentlich von der Derbheit der Haut und der Empfindlichkeit der einzelnen Individuen abhänge. So hat Kern eine Enucleation in einem Falle vorgenommen, wo, trotzdem bekanntlich die Wundform für die Bildung eines schönen Stumpfes sehr ungeeignet ist, ein Kranker mit einem Stelzfuss die Reise von Wien nach Paris und retour zu Fuss zurücklegte. Er glaube ferner, dass bei der besprochenen Operation, wo die unter der Patella liegende Hautpartie einem starken Drucke beim Gehen ausgesetzt sei, letztere denselben nicht allzulange ertragen dürfte, und es daher im Allgemeinen besser sein dürfte, den Stützpunkt, das Gewicht des Körpers, auf Sitzknorren ruhen zu lassen.

Herr Hofrath v. Dumreicher stellt einen Kranken vor, welchen er bereits vor vier Wochen der Gesellschaft demonstrirt hatte. Es war an ihm vor drei Tagen die bereits beschriebene Hydrokelenbehandlung nach v. D. vorgenommen worden, und der Kranke hatte ein starkes Oedem. Letzteres nahm in den späteren Tagen noch zu, und an einer Stelle wurde wieder Fluctuation entdeckt. Es wurde wieder punctirt und 50 Gramm einer braunen Flüssigkeit entleert. Es liess sich dabei constatiren, dass die Scheidenhaut enorm verdickt sei, dass aber nach oben ein kleiner Hohlraum übrig geblieben sei. Nach Injection von 4% Chlorzinklösung wurde der Druckverband wieder angelegt. Dieser blieb dann wieder sechs Tage liegen, und darnach zeigte sich bei Entfernung desselben wieder Fluctuation an einer Stelle. Durch Punction wurde ein Löffel seröser Flüssigkeit entfernt. Gegenwärtig ist der Kranke als geheilt zu betrachten.

Dieser Fall zeigt, dass die Fricke'schen Einwicklungen nicht genügen, weil in der Kapsel neben dem äusseren Leistenring ein Raum übrig bleibt, wo sich seröse Flüssigkeit wieder ansammelt. Dies macht wiederholte Punctionen und Injectionen von reizenden Flüssigkeiten nöthig.

v. Dumreicher glaubt, dass die Technik der Operation vervollkommnet, dass namentlich die Herstellung einer innigen Berührung der beiden Scheidenhautflächen nach der Injection durch einen passenden Verband erzielt werden müsse.

Sitzung vom 9. März 1877.

Dr. Vajda demonstrirt einen 24jährigen Kranken, welcher an einer eigenthümlichen Geschwulst der Nasenscheidewand leidet. Derselbe wurde im Jahre 1872 an einem harten Chanker behandelt und bekam vier Jahre darnach,

Digitized by Google

vor sieben Monaten, eine taubeneigrosse Geschwulst der Nase, welche von entzündlich gerötheter Haut bedeckt war, und in ihrer Mitte deutliche Fluctuation zeigte. Nach gemachter Punction füllte sich das Cavum und erst nach vier Monaten, nachdem mehrere Punctionen ausgeführt waren, schloss sich die Höhle definitiv. Vor zwei Monaten stellte sich der Kranke wieder vor und zeigte bei genauerer Untersuchung fungoide Excrescenzen von Hanfkorngrösse an der beweglichen Nasenscheidewand, welche leicht bluteten. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich, dass dieselben aus kleineren und grösseren rundlichen Zellen bestanden, zahlreichen Spindelzellen und einzelnen Riesenzellen. (Sarcoma myxomatodes.) V. bemerkt, dass nach seiner Ansicht der Unterschied zwischen einer syphilitischen Neubildung und einer anderen darin zu suchen sei, dass sich im Stroma derselben mit Ausnahme der peripheren Theile keinerlei Wucherungserscheinungen zeigen, ferner, dass die schleimige Metamorphose bei syphilitischen Neubildungen nicht die Intercellularsubstanz betreffe, sondern die Zellen selbst.

Dr. Svetlin stellt eine 17jährige Kranke vor, welche an progressiver Paralyse leidet. Der Fall ist interessant wegen des jugendlichen Alters der Kranken, indem diese Erkrankung vor dem 20. Lebensjahre so selten bisher beobachtet wurde, das einzelne Autoren das Vorkommen derselben vor diesem Lebensalter leugnen. Die paretischen Erscheinungen in der motorischen Sphäre sind durch die Erweiterung und Starrheit der rechten Pupille, Verstrichensein der rechten Nasolabialfalte, stossweises Hervorstrecken der fibrilläre Zuckungen zeigenden Zunge, Unsicherheit im Gange und abgeschwächten Druck der Hände ausgeprägt. Die paralytischen Erscheinungen in der psychischen Sphäre zeigen sich bei der Kranken in einer hochgradigen Euphorie. Die Sprache der Kranken ist für diese Erkrankung charakteristisch; sie ist breit, haesitirt; zeitweise zeigten sich auch aphasische Erscheinungen. Gegenwärtig nehmen die psychischen Störungen immer mehr zu, während die motorischen stationär bleiben. Die Kranke ist nicht hereditär behaftet und scheint die Ursache der Erkrankung in dem Tode der Mutter der Pat. gelegen zu sein, da darnach die Erscheinungen der progressiven Paralyse auftraten.

Prof. Dr. Neumann „Dermatologische Mittheilungen“: In einer kurzen historischen Einleitung hebt N. unter Anderem hervor, dass die innere Anwendung des Nitras argenti schon von Angelus Sala (1647) und die Wirkung auf die Haut durch Zöllner (1795) bekannt ist. N. selbst konnte bei seinen an Kaninchen und Meerschweinchen vorgenommenen Fütterungsversuchen mit Nitras argenti nie Hautargyrie erzielen, wiewohl die Thiere 6—10 Monate regelmässig das Medicament erhielten, dagegen zeigte sich bei einzelnen inneren Organen Versilberung. Den in Rede stehenden Fall verdankt der Vortragende dem Herrn Prof. Brunetti aus Padua, welcher einige Spirituspräparate von einem im anatomischen Museum in Padua enthaltenen Objecte ihm zusandte. Dieser Fall betraf einen 50jährigen Landmann. Derselbe stand angeblich wegen einer Blennorrhöe vor 20 Jahren auf der chirurgischen Klinik in Padua in Behandlung. Er verliess dieselbe in gebessertem Zustande nach 20 Tagen. In seine Heimat zurückgekehrt versuchte er die Papillen an der Zungenwurzel (Papillae vallatae, die er für syphilitische Wucherung gehalten) zu zerstören, indem er dieselbe mit Lapis infernalis touchirte. Unermüdlich setzte er diese Aetzungen durch 26 Jahre fort und behauptete, die Syphilis damit bekämpft zu haben, wobei er ein seltenes Musterstück von Argyrie wurde. Das Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung, die N. an den Hautstücken vorgenommen, zeigte, dass die Auflagerung des metallischen Silbers alle Gewebstheile der Haut betrifft, nur die zellige Auskleidung der Drüsen, die Zellen des Rete Malpighii sind frei von Silber. Die stärkste Auflagerung findet sich dicht unter dem Rete Malpighii, wo die structurlose Membran, welche das Cutisgewebe vom Rete Malpighii scheidet, die Grenze bezeichnet, bis zu welcher die

Digitized by Google

Auflagerung stattgefunden hatte. Dieser scharf markirte, breite, braun bis schwarz gefärbte Streifen folgt genau den Grenzen der Lederhaut, findet sich da, wo der Papillarkörper entwickelt ist, in den Papillen; da, wo die Cutis in gleicher Flucht vom Rete Malpighii bedeckt, ist der Streifen mehr horizontal. An einzelnen Stellen finden sich Unterbrechungen, die grösstentheils durch die Mündungen der Follikel bedingt sind.

Diese Auflagerungen sind wohl die dichtesten der ganzen Haut, dieselben bestehen aus Körnchen von verschiedener Grösse, die unregelmässig aneinandergelagert, stellenweise auch in Form von dünnen Streifen vorkommen. Je weiter von der oberen Lage der Cutis entfernt, desto weniger dicht erscheinen die Kerne und sind auf den Cutisfasern als schwarze Punkte deutlich kennbar, an anderen Partien sind die Bindegewebs- und elastischen Fasern als schwarze, schlangenförmig sich hinziehende Bündel kenntlich, zeigen reichlichen Silbergehalt. Das Fettgewebe bildet namentlich durch tiefdunkel und schwarz gefärbte Silberpartikelchen schöne Figuren, indem die Peripherie der Fettzellen (deren Bindegewebe) Silber enthält, während das Fett selbst frei davon ist und dessen opake, glänzende Farbe von der schwarzen Färbung der Umgebung absticht. Die Schweissdrüsen zeigen ausnahmslos die grösste Menge von Silberablagerungen, namentlich sind die Windungen im Anfangstheile dunkelbraun und schwarz gefärbt und zeigt die aufgelagerte Silberschicht einen merklichen Breitendurchmesser; Silberkörnchen begleiten auch den Drüsenschlauch und nehmen an den Ausmündungsstellen an Dichte ab. Das Innere der Drüsen ist stets frei von Silberkörnchen. Ob hier eine Verfettung des Epithels stattfindet, wie dies zuerst Frommann beobachtete, konnte in diesem Falle nicht constatirt werden. Der Haarbalg, gleichwie die glashelle Innenschicht enthalten reichliche Silbermengen in Form von Streifen; die Wurzelscheiden und das Haar selbst sind silberfrei, dagegen enthalten die Haarpapillen deutlich Körnchen von Silber. Jene Ausbuchtungen des Haarbalges namentlich der Glashaut, wie N. selbe bei verschiedenen Hautkrankheiten zuerst beschrieb und wie sie Riemer in seinem Falle beobachtet hatte, konnte man hier nicht vorfinden. Die Talgdrüsen weisen in ihrer bindegewebigen Wandung beträchtliche Silberauflagerungen auf, und zwar in Form von Körnchen, vorwiegend in Form diffuser schwarzer Färbungen, welche sich auch auf die einzelnen Acini ausdehnen. Die Inhaltszellen sind frei von Silber. Die Gefässe sind in ihrer Media mit beträchtlichen Mengen von Silberauflagerungen versehen; in der Adventitia sind nur zerstreut liegende Körnchen. Silberauflagerungen finden sich ferner an den glatten und quer gestreiften Muskeln und in den Nerven, und zwar an dem bindegewebigen Theil derselben.

Dr. Glück macht hiezu die Bemerkung, dass er in New-York einen Mann beobachtet habe, der an einer solchen Argyrie litt, dass sein Gesicht vollkommen schwarz war, während der übrige Theil wie tätowirt aussah, indem schwarze Stellen mit normalgefärbten abwechselten.

Prof. Hebra erwähnt, dass die drei Kranken, welche er beobachtet habe, rothblondes Haar hatten, und dass auch in den Fällen, welche Reyer abbildete, das Haar die gleiche Farbe zeigte.

Prof. Heschl bemerkt hiezu, dass er einen Collegen kenne, der an Argyrie leide und schwarzes Haar besitze.

222. K. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. Sitzung vom 24. Februar 1877.

Dr. Schwimmer: Ueber einige seltenere Krankheitsformen der Schleimhaut der Zunge und der Mundhöhle.

S. erwähnt zunächst einzelne seit etwa einem Jahrzehnt von verschiedenen Beobachtern als Psoriasis, Ichthyosis und Keratosis bezeichnete Krankheitsformen,

Digitized by Google

über deren Wesenheit heutzutage die Meinungen ausserordentlich differiren. Die erste Angabe rührt von Alibert (1818) her. Rayer und Plumbe haben später ebenfalls unter der Bezeichnung Ichthyosis ein Zungenleiden erwähnt, während spätere Dermatologen bis zum letzten Jahrzehnt ähnliche Erkrankungsformen nicht gekannt zu haben scheinen. Dem entgegen haben jedoch einzelne Syphilidologen auf gewisse eigenthümliche Schleimhauterkrankungen aufmerksam gemacht und bis auf Hunter alle derartigen Formen von einer specifischen Erkrankung abgeleitet. Sigmund und Kaposi haben die Bezeichnung Psoriasis in die Syphilisliteratur eingeführt für solche Krankheitsformen, die mit der Psoriasis der Haut einige Aehnlichkeit haben. Im ganz anderen Sinne hat jedoch Bazin die Bezeichnung Psoriasis der Schleimhäute gebraucht, indem er selbe für gichtische Krankheitsformen hält.

Die Erkrankung beginnt in der Form umschriebener rother Flecken oder Plaques auf gewissen Schleimhautpartien der Mundhöhle, welche sich nach einem gewissen und voraus nicht zu bestimmenden Zeitraume zu bläulichweissen, graulich- oder silberweissen Verfärbungen umwandeln. Je nach der Ausbreitung dieser Verfärbungen tritt nebst Schwellung und Verdickung der erkrankten Schleimhautpartie auch eine Glättung ihrer Oberfläche ein, die im Gegensatz zu der ursprünglichen Anschwellung nach einer gewissen Zeit zur Atrophie der Mucosa führt. Dieser Schwund gibt sich am auffälligsten in dem Verhalten der Papillen kund, welche im Beginne hervorragend und geschwellt, schliesslich gänzlich zu Grunde gehen. Selbstverständlich werden diese pathologischen Umwandlungen von verschiedenen objectiven Symptomen begleitet, die sich als Risse, Sprünge und Geschwürsbildungen der Schleimhaut manifestiren, die weiters gewisse subjective Zufälle mit sich führen, die sich in Schmerzempfindungen beim Essen, Trinken, Rauchen u. s. w. äussern. Was den Verlauf des Uebels betrifft, so hat S. in zwei Fällen totale Rückbildung zur Norm gesehen, die anderen Fälle jedoch endigten theils mit anhaltender Veränderung der erkrankten Mucosa vorläufig ohne nachtheilige Folgen für den Organismus, theils mit dem Uebergang zu bösartigen Neubildungen.

Die histologischen Untersuchungen, welche an einem excindirten Zungenplaque von S. und Dr. Babes angestellt wurden, ergaben folgende Veränderungen: An der Stelle der mikroskopisch grössten Erhöhung ergibt sich eine intensive Wucherung ringsum die Gefässe des Corium, welche mit gleichzeitiger kleinzelliger Wucherung das Malpighische Stratum dicht durchsetzt, den Papillarkörper gleichzeitig zu intensiver Zellenproliferation anregt, dessen entwickeltestes Stadium sich an der Spitze der Papille vorfindet. In Folge dessen tritt auch Verdichtung und Ansammlung vertrockneter Zellenelemente in der Hornschichte ein. An Stellen vorgeschrittener Atrophie jedoch ist das Papillarstratum durch den Wucherungsprocess vollkommen zu Grunde gerichtet und die Papillen geschwunden.

S. schlägt für diese Krankheitsform die Bezeichnung „Leucopathia buccalis“ vor.

Sitzung vom 10. März 1877. 1. Prof. Scheuthauer demonstrirte einen Fall von Echinococcus multilocularis seu exulcerans hepatis, den er am 15. Jänner 1876 in der Leiche einer 30jährigen, aus Kärnten stammenden, seit 11 Monaten an Ikterus, Appetitmangel, Leberschmerzen, Nasenbluten und Blutbrechen leidenden, auf Prof. Wagner's Klinik verstorbenen Dienstmagd nebst Milztumor, Pneumonia desquamativa bilateralis, Tuberkulose der Pleura und des Peritoneums gefunden hatte. Am vorderen und hinteren Rande des rechten Leberlappens war unmittelbar neben dem Ligamentum suspensorium das Parenchym in seiner ganzen Dicke durch ein blassgelbes, starr-fasriges, breitbalkiges Bindegewebsmaschenwerk ersetzt, in dessen Maschen mohnkorn- bis erbsengrosse gräuliche Gallertkörner eingestreut waren, dessen Centrum eine buchtige mit Detritus erfüllte Höhle barg; die erstere Geschwulst war 5 Cm. hoch, 8 Cm. breit; die zweite 6½ Cm.

Digitized by Google

hoch, 9 Cm. breit. Ueber eine 6 Cm. breite, 3 Cm. dicke und hohe ähnliche Geschwulst in der porta hepatis war der ductus cysticus und hepaticus, letzterer mit Compression hinübergespannt, 3 gegen Magen und Duodenum verfolgte Lymphgefässe entsprangen aus letztgenanntem Tumor, und enthielten in ihrem oberen spindelförmig erweiterten Lumen dasselbe gallertgefüllte Maschenwerk. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte durch Auffindung eines hakenkranzversehenen, ausgestreckten, wohlerhaltenen Echinococcuskopfes (Scolex) die schon aus dem mikroskopischem Befunde geschöpfte Diagnose auf Echinococcus multilocularis.

Der Vortragende hebt nun hervor, dass dies der 26. Fall in der Literatur, und gleichviel, ob man Kärnten oder Ungarn als die Heimat dieses Echinococcus annehme, in diesen Ländern der erst beobachtete Fall sei, dass diese Echinococcusform zwar die grösste Aehnlichkeit mit Alveolar-Colloid (alveolarem Gallertkrebse) habe, aber durch knorpelartige Härte, Fehlen sowohl einer Protuberanz als eines Krebsnabels, Vergrösserung der Milz, manchmal schon im Leben diagnosticirbar sei. — Prof. Scheuthauer zählt hierauf die drei Embryonalformen der reifen, im Hunde, Wolf, Schakale lebenden Taenia Echinococcus auf, und entwickelt seine Theorie, welche diese drei Formen der Echinococcusblasen mechanisch zu erklären strebt. Die exogene Form des Echinococcus, wo die Tochterblasen als Knospen an der Aussenfläche der Mutterblase sich entwickeln, jene Form, die beim Schweine, bei den Wiederkäuern gewöhnlich vorkommt, wird auf Ausstülpung der Mutterblasenwand zurückgeführt, die Ausstülpung (äussere Knospung) aus Mangel eines auf die Blase von aussen wirkenden centripetalen Druckes, der Druckmangel aus der oberflächlichen Lage unmittelbar unter der an die Bauchhöhle grenzenden Capsula Glissonii erklärt. Die oberflächliche Lage wird beim Schweine aus der Derbe der bindegewebsreichen Schweineleber, bei den Wiederkäuern aus der Abschwächung der Einwanderer — der Echinococcus-Embryonen — durch die 24stündige Rumination abgeleitet. Die endogene, beim Menschen gewöhnliche, grösste Form der Echinococcusblasen, wo durch Einstülpung der Mutterblasenwand zahlreich die Mutterblasenhöhle erfüllende Tochterblasen gebildet werden, findet nach dem Vortr. ihre Begründung in der ursprünglich tieferen Lage der menschlichen Leber-Echinococcen, in dem tieferen Eindringen der durch kein Wiederkäuen abgematteten Embryonen in die weichere Menschenleber, in dem centripetalen, Einstülpungen und innere Knospung bewirkenden Drucke, den das Leberparenchym ringsum auf die Mutterblase ausübt. Die dritte Form — der Echinococcus multilocularis — ist nur die modificirte exogene Form, die Modification geschieht durch Eindringen der Echinococcusembryonen in Canäle, gleichviel ob dies Lymphgefässe, Blutgefässe oder Gallenwege. Im Lumen engerer Canäle vermeidet die heranwachsende Echinococcusblase den centripetalen Druck der Röhrenwand dadurch, dass sie die Kugelform gegen die Schlauchform vertauscht, entlang der Canallichtung sich verlängert; bei so vermiedenem centripetalen Druck wird der innere, centrifugale, aus der Vermehrung des Blaseninhalts hervorgegangene Druck überwiegend, es entstehen Hinausstülpungen der Blasenwand, — exogene Proliferation. Da nun die engeren Canäle zugleich reichlicher verästigt, so werden auch die Ausstülpungen der Echinococcusblasen in die Mündungen der abgehenden Gefässe reichlicher werden, wie denn Prof. Scheuthauer bei einem merkwürdigen in Wien von ihm beobachteten Falle von Echinococcus multilocularis der Lunge makroskopisch fast baumartig verzweigte Echinococcusblasen in der Pulmonalarterie nachwies. Die verzweigten Blasen des Echinococcus multilocularis sind meist klein und köpfchenarm, ihre reichlichen Chitinschichten täuschen die Gallerte, die Wände des von ihnen erfüllten Röhrensystems, und das zur Narbe verwandelte Parenchym zwischen den Röhren, bilden das Bindegewebs-Maschenwerk des scheinbaren Gallertkrebses. Der von Klebs hervorgehobene merkwürdige Umstand, dass der Echinococcus multilocularis bisher fast ausnahmslos in rinderreichen

Digitized by Google

Gegenden: Schweiz, Baiern, Württemberg etc. gefunden wurde, wird vom Vortragenden nicht im Sinne von Klebs als ein Rückfall in die Formen der Grosseltern gedeutet, sondern Prof. Scheuthauer meint, dass nur die Localität, d. h. Enge und Verzweigung der bewohnten Röhrensysteme das Formgebende seien; dass aber die Echinococcusembryonen, deren Ahnen, wenn auch nicht gerade in Röhren und in multiloculärer Form Bewohner des Rindes waren, besser, als dies in einem kleineren Wohnthiere geschehen wäre, genährt, eine grössere Lebens- und Productionskraft ererbt hätten. Solche Productionskraft ist aber in hohem Maasse zur Bildung des Echinococcus multilocularis nöthig, wenn wir bedenken, was Virchow schon hervorgehoben, dass all' die Millionen von Blasen und Schläuchen des Echin. multiloc. nur Abkömmlinge weniger zufällig in dasselbe Röhrensystem eingedrungener Embryonen sind. Wenn es ein Irrthum Virchow's war, dass Echin. multil. nur in Lymphgefässen sich entwickle, ein Irrthum, der zuerst vom Vortragenden widerlegt wurde, so ist die entgegengesetzte Behauptung der Neueren, unter Anderen Leuckart's, dass der Echin. multil. in Lymphgefässen überhaupt nicht vorkomme, durch die Beschaffenheit und anatomische Bearbeitung des in Rede stehenden Pester Präparates vollkommen widerlegt; denn nicht nur waren alle Arterien und Venen der Porta hepatis vollkommen von Echinococcen frei, sondern liessen sich eclatante Lymphgefässe nachweisen, die in ihrem der Leber nahen Theile Blasen enthielten, im übrigen Lumen deren noch entbehrten.

2. Zu Beginn der Sitzung stellte Dr. Kétli drei Kranke mit Gehirnaffectionen vor. Eine 27jährige Frau bekam vor zwei Jahren im Wochenbett nach einem Schrecken einen epileptischen Anfall; die Anfälle wiederholten sich von nun an in Intervallen von 2—3 Wochen, zumeist in der Nacht. Die Frau wurde wieder schwanger und wurde vor drei Monaten einer reifen Frucht entbunden; schon einige Monate vor der Entbindung bekam sie sehr heftige Kopfschmerzen im Hinterhaupt und in der Stirngegend, die auch nach der Entbindung andauerten; dazu gesellte sich Unsicherheit im Gange, Schwindel, Abnahme der Sehkraft. Die Kranke schwankt beim Gehen zumeist nach links und rückwärts; bei raschem Gehen oder bei plötzlichem Umdrehen bedarf sie der Unterstützung, um nicht zu fallen. Den rechten Fuss vermag sie schwer zu heben, schleppt denselben beim Gehen nach; die rechte Oberextremität ebenfalls gelähmt. Sämmtliche Aeste des linken Facialis gleichmässig halbparetisch (bei der Kranken somit eine Hemiplegia contralateralis); die Lähmung eine centrale; die elektromusculäre Contractilität nicht verändert. Der weiche Gaumen links paretisch, ebenso der linke Abducens; die Sensibilität hat nicht gelitten; Intelligenz abgeschwächt, namentlich das Gedächtniss. Beiderseits exquisite Stauungspapille. Häufige epileptische Anfälle sowohl bei Tag als auch bei Nacht. Diagnose: Tumor im unteren Theile der Varolsbrücke.

Bei der zweiten Kranken beobachtet man beim Gehen Schwanken nach links, bei raschem Umdrehen Umsinken. Ausser diesem Schwindelgefühl, das seit mehreren Jahren besteht, klagt die Kranke über nichts, und es lässt sich auch an ihr, eine ganz leichte Parese des Facialis links ausgenommen, objectiv nichts Abnormes nachweisen. Bemerkenswerth ist allerdings, dass die Kranke angibt, etwas schwerfälliger zu sprechen als früher, auch ist die Sprache ganz wenig stammelnd. Nachdem K. die Kranke durch sechs Wochen zu beobachten Gelegenheit hatte und dessen sicher zu sein glaubt, dass eine Simulation nicht vorliege, macht er per exclusionem die Diagnose auf einen Tumor im Kleinhirn.

Der dritte Fall betrifft einen kräftigen Mann, der vor einem Jahre plötzlich mit Doppeltsehen und Ptosis des linken oberen Augenlides erkrankte; damals bestand eine Lähmung sämmtlicher Zweige des linken Oculomotorius, die als peripher betrachtet wurde, nachdem andere Erscheinungen nicht beobachtet wurden. Nach einiger Zeit, während der der Kranke elektrisch behandelt wurde, ohne dass in

Digitized by Google

seinem Zustande eine Veränderung eingetreten wäre, blieb er aus und stellte sich erst im December 1876 wieder vor, und zwar mit der von Prof. Schulek gestellten Diagnose einer Sehnervenatrophie; ausserdem war der linke Abducens vollständig gelähmt; Accommodationsparese rechts. Vor wenigen Wochen kam der Kranke wieder mit der Angabe, dass er seit einigen Tagen namentlich härtere Speisen schwer kaue; es zeigte sich, dass die Kaumuskeln halbparetisch waren; bald darauf wurde das Schlucken behindert, bedingt durch Schwerbeweglichkeit der Pharynxmuskeln; auch pfeifen konnte der Kranke nicht so wie früher. Ausserdem traten in den Schenkeln blitzartige Schmerzen ein, Müdigkeit, Beschwerden beim Urinlassen (der Kranke hat keine Strictur) durch Schwäche der Blase bedingt. In diesem Falle handelt es sich somit um einen Krankheitsprocess, in den progressiv die sämmtlichen motorischen Nerven des Gehirns miteinbezogen werden, der seinen Sitz in der Rautengrube hat und sich wahrscheinlich auch auf das Rückenmark erstreckt. Die Erkrankung des Opticus dürfte eine nebenhergehende selbstständige sein. Der Kranke hatte vor drei Jahren ein Ulcus, das geheilt ist, ohne eine Induration zurückzulassen, wohl sind aber die Lymphdrüsen in der Leistenbeuge und am Halse geschwellt, weshalb auch K. den Kranken versuchsweise einer Inunctionscur unterziehen wird. (Pester med.-chir. Presse.)

223. 49. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg. Sitzung vom 21. September. Dr. Flesch (Frankfurt a. M.): Ueber Blepharadenitis ciliaris der Kinder, zumal in therapeutischer Beziehung.

Der Vortragende urgirt, wie die durch Krusten verpappten Cilien und Augenlidränder der Ausgangspunkt gar vieler chronischen, sogenannten scrophulösen Ophthalmien sind, wie die sorgfältigste Reinigung eine erste und wichtigste Indication bei der Behandlung der chronischen Ophthalmien der Kinder ist. Ist er in letzterer Hinsicht mit allen Autoren einverstanden, so weicht er in der Art der Reinigung wesentlich ab. Nie hat er auch in den schwersten Fällen zu den theilweise sehr schmerzhaften Methoden, die von den Autoren angerathen sind, greifen müssen. Redner lässt blos die mildesten Salben, gewöhnlich unguent. praecipit. (0,15 auf 15,0 Fett) einreiben, sofort vier bis fünf Mal mit Wasser über das eingeriebene Augenlid hinfahren und sorgfältig abtrocknen. Meist sind in der allerkürzesten Zeit Cilien und Augenlidränder frei, und vor Allem macht eine längere Zeit fortgesetzte Anwendung, die, weil schmerzlos und ohne Zeitaufwand, auch leicht befolgt wird, dass die oft so quälenden Recidive ausbleiben, die gewöhnlich mit Unrecht für Wirkung der Scrophulose ausgegeben werden.

Dr. Warschauer (Krakau) benützt die Präcipitat-Salbe Abends und lässt sie Morgens mittelst lauwarmem Terpentin abspülen.

Prof. Hennig hält Anwendung von Präcipitat-Salbe namentlich bei Infiltration für wirksam, betont, dass bei dieser Affection sich Scrophulose nicht immer ausschliessen lasse und deshalb Regulirung der Diät erforderlich sei.

Prof. Valenta (Laibach) demonstrirte: 1) einen dem Anfange des 10. Monats entsprechenden Zwillingsfötus, an welchem durch den Nabelstrang derart tief der rechte Oberschenkel eingeschnürt war, dass man diesen Fall unbedingt als eine durch Nabelschnurumschlingung angebahnte fötale Amputation auffassen müsse und dadurch der Beweis geliefert erscheine, dass derartige Einschnürungen nicht alsbald den Tod des Fötus nach sich ziehen müssen, sondern möglicherweise auch eine totale Trennung des umschnürten Gliedes zu bewirken im Stande seien. 2) Sprach V. über habituelle Hydrocephalo-Meningocele, combinirt mit cystöser Nierendegeneration. Da er bei einer und derselben Frau (VIII para) diese congenitale Erkrankung vier Mal beobachtete, glaubte er sich

Digitized by Google

mit Beziehung auf das sogenannte habituelle Absterben des Fötus zu obiger Bezeichnung berechtigt. — Beim letzten Falle fand er beide Nieren cystös entartet, 5 resp. 8 Cm. gross, und führte in Kürze die diesbezüglichen Ansichten Virchow's an, der es für embryonale Nephritis hält, Köster's, der die Ursache in einem primitiven Bildungsmangel des harnleitenden Apparates sucht, und Kupffer's, der eine discontinuirliche Entwicklung der Nierencanälchen und des Nierenbeckens annimmt. — Sehr viel habe die Annahme der Cystennieren als Bildungsfehler deshalb für sich, weil sie fast stets mit anderweitigen congenitalen Störungen combinirt sind, und die vermehrte Bindegewebsentwicklung kann ebenso gut Folge, wie Ursache der Cystenbildung sein.

Prof. Jacobi (New-York) hat bei einer Frau dreimal hintereinander neugeborne Kinder mit Encephalo-meningocele beobachtet. Die Frau war gesund und aus gesunder Familie. Das letztgeborne Kind hatte sechs Finger und sechs Zehen beiderseitig. Er meint, dass eine Endometritis vielleicht in Connex mit der Affection gestanden haben könnte.

Prof. Hennig bemerkt, dass Nabelschnur-Amputation äusserst selten vorkomme. — Doch habe er einmal bei einer angebornen Dislocation beider Füsse eine Strangfurche beobachtet.

Dr. A. Steffen (Stettin): Ueber Behandlung des Typhus abdominalis mit Natron salicylicum.

Redner hat 30 Fälle aus dem Stettiner Kinderspital zusammengestellt, 16 Knaben, 14 Mädchen, deren 8 im Alter von 3 bis 7, die übrigen von 7 bis 14 Jahren. Die Symptome des Typhus entschieden ausgeprägt. Mit Ausnahme von 4 Fällen nur Natr. salicyl. angewandt. Die im Einzelnen gegebene Menge variirte zwischen 2,0 und 36,0. Die geringere Menge kam durchschnittlich dem jüngeren Alter zu. In der Regel betrug dieselbe 10,0 bis 11,0. Es wurde meist in Dosen zu 1,0, seltener 2,0 gereicht, anfangs stündlich, in späteren Fällen, sobald die Temperatur 39 Grad überschritten hatte. Das Mittel verursachte ein Sinken der Temperatur um 1—3, sogar bis 4 Grade. Die Frequenz des Pulses und der Respiration hielt damit gleichen Schritt. Die Diurese wurde in der Regel vermehrt, die Diaphorese mehr bei älteren Kindern. Mit dem Sinken des Fiebers Nachlass der gesammten Krankheitserscheinungen. An vorgezeigten Curven wird demonstrirt, dass das Sinken des Fiebers entschiedener und dauernder durch Natr. salicyl. bewirkt wird, als durch die Behandlung mit kaltem Wasser. Das Fieber war, vom Tage der Aufnahme in das Spital und damit von einer Zeit gerechnet, in welcher die Krankheit noch auf der Höhe stand, vollkommen verschwunden in 17 Fällen nach 2 bis 5 Tagen, in 8 nach 6 bis 10 Tagen. Die längere Dauer desselben war von Complicationen abhängig. Geschlecht und Alter ohne Einfluss auf die Schnelligkeit des Ablaufs. Collapserscheinungen nicht beobachtet, aber öfter ein Sinken der Pulsfrequenz unter die Norm, bis auf 54—56. Die Entlassung der vollkommen genesenen Kinder fand in 13 Fällen 11 bis 20 Tage, in 8 anderen 20 bis 30 Tage nach der Aufnahme statt. Ungünstige Nebenwirkungen des Natr. salicyl. sind: Reizung der Mund- und Rachenschleimhaut, Schwindel, Ohrensausen, selten furibunde Delirien. Nicht selten traten ziemlich acut Transsudate mit und ohne Nephritis auf. Meist haben diese ihren Sitz nur im Unterhautzellgewebe, doch ist ein Fall mit Erguss in den Bauchfellsack und die Pleurasäcke beobachtet worden, jedoch günstig abgelaufen. Mit dem Auftreten der Transsudate sinkt die vorhin gesteigerte Urinmenge, um nach Beseitigung derselben wieder zu steigen. Von diesen 30 Fällen endete einer tödtlich durch perforative Peritonitis. Dieselbe war veranlasst durch ein im Anfange des Ileum befindliches Divertikel, in welchem nicht durch den Typhusprocess, sondern in Folge von Necrose durch Kothstauung Perforation am freien Ende entstanden war.

Digitized by Google

Die Behandlung mit Natr. salicyl. zeichnet sich vor anderen und namentlich der mit Wasser durch den schnelleren Ablauf, den minderen Verbrauch der Kräfte, den rascheren Eintritt der vollkommenen Genesung aus.

Dr. Warschauer warnt vor eingreifenden Mitteln beim Typhus und betont die verschiedenartigen Charaktere der Epidemie.

Dr. Soltmann hat selbst bei geringerer Dosis des Mittels einmal eine Nierenblutung und mehrfach heftige Reizung der Magenschleimhaut beobachtet.

Prof. Jacobi schliesst sich den Erfahrungen des Dr. Steffen an, erwähnt insbesondere eines 13jährigen Knaben mit wochenlanger Temperatursteigerung von $40{,}_5$—$41{,}_{15}^{0}$ C., wobei nach erfolgloser Anwendung von grossen Gaben Chinin und 6—8 kalten Bädern pro Tag schliesslich stets durch Salicylsäure schnelle Temperaturherabsetzung erfolgte. Er empfiehlt die Verwerthung der Salicylsäure in Verbindung mit Natr. bicarbon., Glycerin und Wasser.

Dr. v. Heyden hat in vielen unreinen Präparaten etwas Carbolsäure-Geruch constatirt — er meint, dass auch das bestbereitete salicylsaure Natron ein leicht zersetzliches Salz sei, empfiehlt deshalb, es nach Angabe des Vorredners stets in der Apotheke ex tempore bereiten zu lassen.

Prof. Hennig empfiehlt die reine Salicylsäure in Oblaten darzureichen. Er warnt vor dem Gebrauch bei Schwangeren als für das Leben des Fötus gefährlich.

224. Berliner medicinische Gesellschaft. Sitzung vom 15. November 1876. Prof. Henoch: Einige Mittheilungen über Scharlach.

H. bringt folgende Punkte zur Besprechung: 1. die Malignität des Scharlachs. Man ist jetzt vielfach geneigt, diese ganz allein auf die hohe Temperatur zu schieben; doch ist diese nur zum Theil Schuld an den malignen, namentlich den sensoriellen Erscheinungen, da diese häufig gleich von vorn herein in sehr bedrohlicher Weise auftreten, während sie in anderen Krankheiten mit ebenfalls sehr (aber nicht gleich, Ref.) hohen und lange andauernden Fiebertemperaturen, z. B. Typhus, oft genug fehlen. Vielmehr muss für die meisten Fälle die Ursache in der specifischen Wirkung des Scharlachs gesucht werden. Neben dem Nervencentrum ist es besonders das Herz, welches von dem Virus ergriffen wird. Auch die Albuminurie sei in manchen Fällen nur ein Symptom der Herzschwäche, nämlich der daraus hervorgehenden venösen Stauung in den Nieren. Demnächst habe das Virus des Scharlachs eine auffallende Neigung, nekrotisirende (sog. diphtheritische) Entzündungen an gewissen Schleimhautflächen zu erzeugen. Diese Entzündungen müssen von der sogenannten „Diphtherie" getrennt werden, welche eine specifische Infectionskrankheit darstellt, die sich allerdings zuweilen, namentlich in Krankenhäusern, mit Scharlach combiniren kann. Um die Begriffsverwirrung zu vermeiden, befürwortet auch H. die sogenannte Diphtherie mit einem anderen Namen, etwa als Synanche contagiosa nach Senator, zu bezeichnen. Als ein nicht seltenes prognostisch ungünstiges Symptom schwerer Scharlachfälle ist noch hartnäckige Diarrhöe zu bezeichnen, als deren Ursache die Section keinen Katarrh der Darmschleimhaut, sondern höchstens etwas Schwellung der Peyer'schen und solitären Drüsenfollikel nachweist. — 2. Was die Behandlung anbelangt, so möge man im Beginn bei hoher Temperatur die davon abhängigen Symptome (die scheinbare Malignität) antipyretisch bekämpfen, nur sei vor der Uebertreibung mit kühlen oder kalten Bädern zu warnen, da die Erfolge damit keineswegs ermuthigend seien. Es entsteht hier noch viel leichter als bei Typhus Collaps. Vortheilhafter seien laue Bäder von 25—26 Grad R. Ebenso erfordern die antipyretischen Arzneimittel, namentlich die Salicylsäure, grosse Vorsicht wegen des leicht eintretenden Collapses. In den eigentlich malignen Fällen ist die Therapie bei einem gewissen Grad der Infection und darüber hinaus absolut ohnmächtig. In mittelschweren

Digitized by Google

Fällen kann man durch stimulirende Mittel, reichlichen Gebrauch von Wein und Caffee, und als Medicament Campher, welches noch den Vorzug vor Moschus verdient, nützen. Der Campher wird, im Falle starker Dysphagie, am besten subcutan und zwar, um die stimulirende Wirkung zu erhöhen, in Weingeist gelöst angewandt, doch muss der letztere, um Entzündung und Brand der Haut zu verhüten, mit Wasser stark verdünnt werden (Spir. vini und Wasser ana).

Was die Nierenaffection betrifft, so sind die Ansichten über die anatomischen Verhältnisse derselben noch sehr schwankend. Auch der Urin verhält sich ja namentlich in Bezug auf die Blutbeimengung sehr verschieden. Sowohl die sogenannte hämorrhagische, wie die nicht hämorrhagische Form können mit Fieber verlaufen, wovon sich H. bestimmt überzeugt hat, auch ohne jede Complication. Die Therapie ist für beide Formen ziemlich dieselbe. Zunächst empfiehlt sich Purgiren, wenn nicht schon Diarrhöe besteht; dann der Gebrauch von Kali aceticum, welches man nicht zu fürchten hat, und neben welchem H. gewöhnlich noch Wildunger Wasser trinken lässt. Hierbei verlaufen in 8 bis 14 Tagen viele Fälle günstig; sonst ist jetzt die Zeit für Adstringentien, besonders Ergotin oder auch Tannin, späterhin Liq. Ferri sesquichlor. gekommen, letzteres empfiehlt sich auch zur Nachkur. Die warmen Bäder hält H. für ein Mittel von sehr zweifelhafter Bedeutung, heisse Dampfbäder hat er bisher nicht angewendet. — Im Verlauf einer Nephritis treten oft Zeichen von Herzschwäche auf, Verlangsamung oder Unregelmässigkeit des Pulses, ohne sonstige Zeichen von Urämie. In einem solchen Falle beobachtete H. auch ein systolisches Geräusch an der Herzspitze, das nur einen Tag anhielt.

Herr Wiss: In den Vereinigten Staaten treten die acuten Exantheme im Allgemeinen heftiger auf als in Europa, namentlich kommt die bösartige, als „typhoider Scharlach" bezeichnete Form häufig vor, welche übrigens ohne die necrotisirende Halsentzündung zu verlaufen pflegt. In dieser Form hat er gleich in den ersten Tagen ein China-Infus gegeben und die besten Erfolge gesehen. Gegen die Wassersucht hat er Digitalis mit Wachholderbeeren bewährt gefunden.

225. Verein deutscher Aerzte in Prag. Prof. Maschka: Mittheilungen aus der gerichtsärztlichen Praxis.

Dieselben bezogen sich zunächst auf Fälle, wo Personen, die früher vollständig gesund gewesen oder nur ganz geringfügige Krankheitserscheinungen dargeboten hatten, plötzlich unter Erscheinungen starben, welche auf eine gewaltthätige Einwirkung oder auf eine Vergiftung hindeuteten. So führt der Vortragende drei Fälle an, die plötzlich unter folgenden Symptomen starben: Schmerzen im Unterleibe, Erbrechen, Convulsionen, Erblassen der Hautdecken, fadenförmiger Puls und endlich Tod. Alle drei Fälle wurden als Vergiftungen aufgefasst; bei der Obduction wurde jedoch als die eigentliche Todesursache Blutaustritt in den Unterleib nachgewiesen. In dem einen Falle, betreffend ein früher vollständig gesundes Dienstmädchen, die plötzlich nach Tisch erkrankte und unter den oben angeführten Symptomen nach wenigen Stunden im allgemeinen Krankenhause starb, war der Blutaustritt in den Unterleib herbeigeführt durch Berstung des Eies bei einer Ovarialschwangerschaft von viermonatlicher Dauer. Der zweite Fall betraf eine höher gestellte Dame, die plötzlich in der Nacht erkrankte und am Morgen bereits todt war; Todesursache war ein Blutaustritt in den Unterleib, herbeigeführt durch Berstung eines Cystosarcoms des rechten Ovariums von Kindskopfgrösse, in dessen Wand Venen von Federkieldicke sich befanden, die zerrissen waren. Im dritten Falle handelte es sich um eine junge Nähterin, die nach dem Genuss von Würsten unter den oben angeführten Symptomen plötzlich erkrankte und nach Verlauf von drei Stunden starb. Als Todesursache wurde bei der Section aufgefunden: Berstung eines Varix von der Grösse

Digitized by Google

eines Taubeneies am Grunde des jungfräulichen Uterus während der Periode erfolgt.

Darauf besprach der Vortragende zwei plötzliche Todesfälle, wo als Todesursache eine Gehirnkrankheit durch die Section nachgewiesen wurde. Ein früher vollständig gesundes Dienstmädchen litt seit sechs Monaten an zeitweise auftretenden Kopfschmerzen, seit einem Jahr bestand Schwerhörigkeit und seit drei Monaten war sie nicht menstruirt; ihr Sehvermögen war normal. Diese Person hatte am letzten November bis Mitternacht gearbeitet, war heiter und legte sich Mitternacht schlafen; gleich darauf traten Schmerzen im Unterleibe auf, heftiges Erbrechen, starker Meteorismus; der herbeigerufene Arzt fand ausser diesen Symptomen noch einen kleinen Puls und einen Zustand von Betäubung, so dass sie erst auf mehrmaliges Ansprechen Antwort gab; keine Lähmung war nachzuweisen, keine vermehrte Pulsfrequenz; am andern Tage hatte das Erbrechen vollständig aufgehört, doch war das Sensorium noch mehr getrübt. Sopor vorhanden, jedoch keine Lähmung nachzuweisen, und unter diesen Symptomen wurde sie in's Krankenhaus gebracht, wo dieselben Erscheinungen noch 12 Stunden andauerten, und 36 Stunden nach der Erkrankung war sie todt. Da man eine Cyankaliumvergiftung vermuthete, wurde die Section angeordnet, welche ergab: Eine mittelgrosse Weibsperson, Hautdecken und Bindehaut gelblich verfärbt, die Meningen ziemlich blutreich, das Gehirn abgeplattet und im höchsten Grade anämisch, die Ventrikel eng, Plexus blass und von der Sella turcica ging eine Geschwulst aus von der Grösse einer wälschen Nuss, die die Grenzen der Sella turcica weit überragte und offenbar einen Druck auf das Gehirn ausgeübt hatte. Die Geschwulst war dunkelgrau, elastisch anzufühlen, die Substanz blutreich, weich und succulent; sie ging von der Hypophyse aus, der Knochen war darunter brüchig und ulcerirt, und die ganze Gehirnpartie um die Geschwulst herum auf 3—4 Mm. hin erweicht, in eine schmierige Masse verwandelt; im Uebrigen nichts Besonderes, Herz normal, mässiges Oedem der Lungen, Schleimhaut des Magens und Darmcanals normal. Die chemische Untersuchung ergab kein Gift. Die Geschwulst hatte also früher nur wenig Symptome hervorgebracht. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst zeigte erweiterte Capillaren, eine bedeutende Hyperplasie der Drüsenelemente der Hypophyse und colloide Entartung; dazwischen lagen grosse Massen von Blutkörperchen; es war dies eine ähnliche Geschwulst, wie sie in der Schilddrüse oftmals gefunden werden; derlei Geschwülste werden immer grösser und grösser, bis endlich der plötzliche Tod erfolgt.

Der II. Fall betraf einen 20jährigen Taglöhner; derselbe hatte vor sechs Jahren Typhus überstanden und seitdem war eitriger Ausfluss und Schwerhörigkeit am linken Ohre vorhanden, sonst war er aber vollkommen wohl. Dieser Taglöhner war nun am 3. Juli auf dem Felde beschäftigt und wurde an diesem Tage vom Verwalter mit einem Stocke leicht auf die Hand und den Rücken geschlagen; er selbst aber behauptete, er wäre vom Verwalter auch auf den Kopf geschlagen worden. Er versah jedoch seine Arbeit ungehindert fort und wohnte auch einer Hochzeit bei. Am 3. August trat Kopfschmerz auf, Fieber und Erbrechen und deswegen wurde ein Arzt zu Rathe gezogen; am 11. August sehr heftiger Kopfschmerz, Erbrechen, Besinnungslosigkeit, Betäubung, heftiges Fieber und nach zwölf Stunden erfolgte der Tod. Weil man nun die Hiebe als Krankheitsursache beschuldigt hatte, so wurde die gerichtliche Section vorgenommen. Dabei fand man: Schädeldach nicht verletzt, eitriger Ausfluss aus dem linken Ohre, ferner eitriges Exsudat über beide Hemisphären ausgedehnt bis an die Basis hinabreichend und ferner linkerseits im Mittellappen einen Abscess von der Grösse einer Kindesfaust, der Ausgangspunkt war Caries des Felsenbeins.

Zum Schlusse besprach der Vortragende noch zwei Fälle von Vergiftungen, die besonders darum Interesse erregten, als zum Selbstmorde Gifte gewählt

Digitized by Google

wurden, die sonst sehr selten hiezu in Verwendung gezogen zu werden pflegen. Eine 26jährige, früher stets gesunde Dienstmagd wurde eines Nachmittags von Wachleuten auf der Gasse liegend gefunden; sie klagte über Schmerzen im Unterleibe und Erbrechen, und wurde deswegen in das allgemeine Krankenhaus um 5 Uhr Abends überbracht; daselbst gab sie an, sich mit chromsaurem Kali vergiftet zu haben; sie habe ein ungefähr haselnussgrosses Stück von dieser Substanz in den Mund genommen, Wasser nachgetrunken und dann das Ganze geschluckt. Im Krankenhause bedeutende Schmerzhaftigkeit des Unterleibs, heftiges Erbrechen, blutige Stühle, und um 6 Uhr Morgens Tod. Die Section ergab: Excoriationen an der Schleimhaut der Lippen, das Blut dunkel und dickflüssig, Gehirn und seine Häute hyperämisch, Lunge hyperämisch, Herz normal. Im Magen eine bedeutende Menge einer gelbbraunen, sauerreagirenden Flüssigkeit und an drei Stellen war die Magenschleimhaut in der Grösse eines Handtellers bedeutend geschwellt, geröthet und ecchymosirt, die übrige Schleimhaut geschwellt und gelblichbraun verfärbt. Die Schleimhaut des Darmcanals bis in den Mastdarm bedeutend geschwellt und dunkel geröthet, blutig suffundirt und oberflächliche Substanzverluste darbietend; der ganze Darmcanal mit einer blutigen Flüssigkeit angefüllt. Vom Gerichtschemiker wurde chromsaures Kali nachgewiesen. Bis jetzt sind in der Literatur nur 8—9 Fälle von Vergiftungen mit chromsaurem Kali verzeichnet und ist dies der erste Fall, der dem Vortragenden vorgekommen ist. — Ein ganz ähnlicher Befund wurde bei einer Vergiftung mit Sublimat gefunden; es betraf dies eine früher gesunde Frauensperson, die mehrmals geäussert hatte, sie sei des Lebens überdrüssig, und diese nahm in der Absicht, um sich zu vergiften, eine Sublimat enthaltende Wanzentinctur ein, die sie bei ihrer Dienstfrau vorfand. Bei der Section fand man im Magen eine handtellergrosse Stelle bedeutend geschwellt, des Epithels beraubt, die übrige Schleimhaut bräunlich verfärbt und blutig suffundirt; im Darmcanal bis zum Coecum Röthung und Schwellung der Schleimhaut, ferner kleine Substanzverluste derselben und einen blutigen Darminhalt.

226. Berliner medicinisch-psychologische Gesellschaft. Sitzung vom 3. Juli 1876.

Herr Westphal berichtet Fälle, in welchen Anfälle von larvirter Epilepsie lange Zeit der allgemeinen Paralyse vorangingen: Der Obercontroleur a. D. L., 41 Jahre alt, war wiederholt wegen Vergehen gegen die Sittlichkeit bestraft worden. Die betreffenden Handlungen waren immer die gleichen gewesen: auf der Landstrasse oder in den Strassen der Stadt, reitend oder gehend, auch in dem geöffneten Fenster seiner Wohnung, entblösste er seine Geschlechtstheile vor zufällig vorübergehenden Frauenzimmern; häufig begleitete er diese Handlung mit schamlosen Aeusserungen. Auch im Gefängniss zu H. sah man ihn einmal mit entblössten Geschlechtstheilen an dem Fenster seiner Zelle stehen, welches auf die zur Zeit gerade sehr belebte Promenade ging. Er selbst wollte von diesen Thatsachen nie etwas wissen. Die Eigenthümlichkeit des Falles gab zu wiederholten Explorationen Veranlassung; die ärztlichen Gutachten widersprachen sich; das Medicinal-Collegium zu N. erklärte ihn für vollständig zurechnungsfähig. Bei Gelegenheit einer neuen Anklage wurde die Thatsache ermittelt, dass L. im Sommer 1869 einmal plötzliche Anfälle von Bewusstlosigkeit gehabt habe. Es wurde nunmehr ein Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen verlangt, und L. zum Zwecke der Beobachtung der Irrenabtheilung der Charité überwiesen. Die Angaben des L. hierselbst stellten epileptische Antecedentien ausser Zweifel; die Beobachtung ergab schlechten Schlaf, leichte Schwindelanfälle, ungleiche Pupillen, zuweilen geringes Häsitiren der Sprache, gute Intelligenz, keine Wahnvorstellungen, keine auffälligen affectartigen Zustände, also im Ganzen nur geringfügige objective Erscheinungen.

Digitized by Google

— Auf Grund des Gutachtens der wissenschaftlichen Deputation (Sommer 1870) wurde L. ausser Verfolgung gesetzt. Der Vortragende selbst war in Folge seiner Beobachtung des L. der Ansicht, dass L. an Epilepsie leide, und die incriminirten Handlungen im Zustande von Bewusstlosigkeit (epileptoide Anfälle) verübt seien. Nach Entlassung aus der Charité kehrte L. in seine Heimat zurück; im April 1871 erhielt der Vortragende ein Schreiben von ihm, worin er über Schwindelanfälle, starkes Kopfweh mit furchtbaren Beängstigungen klagte; gleichzeitig gab er eine sehr verständige und klare Darstellung seiner äusseren Lage, klagte aber, jedoch keineswegs in übertriebenen Ausdrücken, über Willkür und Härte einiger Behörden ihm gegenüber. Vier Jahre später (17. November 1875) schrieb seine Frau dem Vortragenden, dass ihr Mann seit vier Wochen geisteskrank sei; angeblich kurze Zeit nach einem heftigen Aerger sei er in grosse Aufregung gerathen, habe dann allerlei verkehrte Dinge geschwatzt, wollte nach Berlin zum Kaiser, lief zu allen Aerzten um zu klagen, dass seine Frau geisteskrank sei, glaubte Chef des Artillerie-Regimentes zu werden, bei dem er gedient hatte u. s. w. Er musste in die Irrenanstalt zu X übergeführt werden. — Die Frau fügte hinzu, dass er drei Jahre auf dem Landgerichte zu N. gearbeitet und selten über Beschwerden geklagt habe. Am 3. December, circa 14 Tage nach seiner Aufnahme in die Irrenanstalt, starb er. In der Anstalt war Geistesstörung mit Lähmung und tobsüchtige Aufregung constatirt worden. Der Vortragende knüpft hieran einige Bemerkungen über das Verhältniss von Epilepsie zur progressiven Paralyse der Irren und berichtet, dass er wiederholt epileptische Antecedentien, — wenn auch nicht gerade in der Form der geschilderten Zufälle, derentwegen L. wiederholt verurtheilt war — beobachtet habe. Der Vortragende theilt ferner einen Fall mit, in welchem eigenthümliche Zufälle von Einschlafen bestanden: Ein 40jähriger Buchbindergeselle hatte im Jahre 1871 nach einem heftigen Aerger einen Anfall, in welchem er die Sprache verlor, heftig zitterte, sich niedersetzen musste, und nach welchem er sich in grosser Aufregung befand. Von da ab will er häufig ähnliche Anfälle bei geringfügigen psychischen Erregungen gehabt haben. — Die Anfälle, welche in der Charité selbst beobachtet wurden, sind wesentlich zweierlei Art. In den ersteren fängt Pat. an zu taumeln wie ein Betrunkener; er hält sich an irgend einen Gegenstand, man beobachtet leichte zuckende Bewegungen im Gesichte und namentlich auch Bewegungen des Unterkiefers; die Augen bleiben halb geöffnet, das Weisse derselben sichtbar, die Respiration erscheint beschleunigt und oft wie seufzend. Bei einem solchen Anfalle liess man ihn in der Mitte des Zimmers stehen, ohne dass er eine Stütze hatte; er stand frei, vornüber gebückt, immer mit dem Kopfe Bewegungen machend, als suche er eine Stütze, ohne die Augen in entsprechender Weise einzustellen. Endlich gelang es ihm, an einen Bettrand zu kommen, an welchem er sich fest hielt. Gegen Ende des Anfalles äusserte er den Wunsch nach einem Stuhle und sagte, immer noch mit halbgeschlossenen Augen: „Entschuldigen Sie, dass ich mich setze.“ Er erklärte auf Befragen, dass er während des ganzen Anfalls die Besinnung behalten habe und sie immer in diesen Anfällen behalte, es sei ihm aber unmöglich zu sprechen; der Eindruck, den er während des Anfalles machte, war der eines Bewusstlosen. Ausserdem hat er Anfälle von Einschlafen. Theils während er sich selbst überlassen ist, theils während man sich im Gespräche mit ihm befindet, sinkt der Kopf auf die Brust, die Augen fallen zu, und er sitzt, ruhig respirirend, wie ein Schlafender da; der Schlaf dauert oft so lange, bis er absichtlich oder zufällig geweckt wird; das Erwecken geschieht immer mit grosser Leichtigkeit durch Anrufen, Anfassen u. s. w. Von solcher Schlafsucht will er auch auf der Strasse öfter befallen sein, wobei es dann vorgekommen, dass er im Schlafe gegen Menschen oder Laternen angerannt, oder mit einem Fusse in den Rinnstein getreten sei. Nur lebhafte körperliche Beschäftigung verhindert die Anfälle von Einschlafen. Es ist ganz gewöhnlich, dass man ihn bei der Visite schlafend findet. Seine

Digitized by Google

Mutter leidet seiner Angabe nach an ganz gleichen Zufällen von Einschlafen. Der Vortragende glaubt diese Anfälle von Einschlafen als eine eigenthümliche Form in die Reihe der epileptischen Zustände bringen zu müssen. Er hält es für wichtig — auch in forensischer Beziehung — auf derartige bis jetzt nicht beachtete Zufälle die Aufmerksamkeit zu lenken. (Berl. klin. Wochenschrift.)

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Ueber die Blutung bei der Exarticulation des Oberschenkels und deren Vermeidung. Von Dr. August Lüring. Zürich, Fr. Schultheiss. 1877.

Aerztlicher Bericht des Maria Theresia-Frauen-Hospitales in Wien. Von Dr. Carl v. Rokitansky jun. Wien, 1877. Urban und Schwarzenberg.

Der klimatische Curort Arco. Von Dr. Julius Spitzmüller. Wien, 1877. Verlag des Verfassers.

Ueber den Einfluss der Körperlage auf die Ergebnisse der Brustuntersuchung. Von Dr. Emil Rollett in Wien. (Sep.-Abdr. aus d. dtsch. Arch. f. klin. Medic.)

Ueber das Verhältniss zwischen Tast- und Gehörswahrnehmungen. Von Dr. Isidor Hein. (Aus dem 84. Bande des Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wissensch. 1876.)

Aus der medicinischen Abtheilung des Cölner Bürger-Hospitals. Zur Theorie der Blei-Intoxication. Von Dr. Ernst Bardenhewer. (Berl. klin. Woch., 1877, 10.)

Neue Beobachtungen und Erfahrungen über die Arsenikmedication bei Lymphdrüsengeschwülsten. Von Dr. A. v. Winiwarter in Wien. (Sep.-Abdr. aus d. med. Jahrb. 1877.)

„Kosmos", Zeitschrift für einheitliche Weltanschauung auf Grund der Entwicklungslehre, in Verbindung mit Charles Darwin und Ernst Haeckel, sowie einer Reihe hervorragender Forscher auf den Gebieten des Darwinismus, herausgegeben von Dr. Otto Caspari, Prof. Dr. Gustav Jäger, Dr. Ernst Krause. I. Jahrgang, 1877. 1. Heft April. Leipzig, Ernst Günther's Verlag.

Ueber die fibrilläre Structur des Hyalinknorpels. Von Dr. H. Tillmanns in Leipzig. (Centralb. f. Chirurgie, 1877.)

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Digitized by Google

Offene Correspondenz der Administration.

(Geschlossen am 15. April 1877.)

Herrn Dr. P., Bezirksarzt in Podove. Sie haben 50 kr. auf II. Quartal gut.

„ Dr. K. in Bottuschan (Rumänien). 2 fl. erhalten. — Per Post sandten wir Ihnen Herzfeld, Krankheiten des Kindesalters, und Fieber, Elektrotherapie.

„ Dr. J. W., k. k. Fregattenarzt. Wir empfingen 9 fl. 70 kr. und übergaben für Ihre Rechnung 1 fl. 30 kr. an Hrn. Thürriegl. Wenn Sie uns zur verbliebenen Differenz noch 1 fl. 10 kr. einsenden, reicht Ihr Abonnement bis Ende December 1878.

„ Dr. A. v. H. in Graz. Für das Octoberheft 1876 erbitten gelegentlich 50 kr.

„ ? Poststempel Wien. Von retournirten Kreuzbänden, auf welchen der Name des Absenders nicht ersichtlich ist, können wir auch nicht Notiz nehmen.

„ Abonnent 1976. Empfehlen Ihnen Prof. Kleinwächter's Grundriss der Geburtshilfe, für prakt. Aerzte und Studirende. Dasselbe bietet in knapper Form allseitige Belehrung, und ist aus dem Verlage von Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4, um den Preis von 5 fl. zu beziehen.

„ Dr. W. in Ofen. Das Inhaltsverzeichniss pro 1876 war dem März-Hefte 1877 beigeheftet.

„ Dr. F. K., Reg.-Arzt in Tarnow. Wir haben nun 1 fl. gut.

„ Dr. A. v. W., k. k. Reg.-Arzt in Triest; Dr. E. T. in Wien; Dr. F. E., k. k. Stabsarzt in Komorn (50 kr. Rest); Dr. S. in Wien; F. S. Gewerksarzt in Mösling (50 kr. Rest); Dr. C., Reg.-Arzt in Trient; Dr. C. R. in St. Ivan; Dr. P. W. in Tiba; Dr. J. A. in Wien (1 fl. Rest); Dr. J. B. in Balassa-Gyarmat (1 fl. Rest); Dr. F. K., Reg.-Arzt in Tarnow; Dr. M., k. k. Oberarzt in Jaska (bis Ende Juni); Dr. K. in Schönberg (1 fl. Rest). Bestätigen nur auf ausdrückliches Verlangen den Empfang des Abonnementsbetrages.

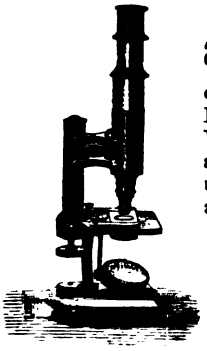
„ Dr. J. L., Reg.-Arzt in Mező Kövesd (Büchner's Schriften); Dr. E. in Földeak; Dr. J. S., k. k. Reg.-Arzt in Sniatyn; Dr. M. S. in Fünfhaus; Dr. J. B. in Lemberg; Dr. L., prakt. Arzt in Asparn; Ihre Zuschriften sind erledigt:

„ Dr. A. S., k. k. Oberarzt in Nagy-Mihaly. Mit Ihrem Guthaben vom Bücher-Conto zahlten Sie bis jetzt auf Abonnement 1877 4 fl. 30 kr. Es fehlen daher bis Ende Dezember noch 1 fl. 70 kr.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Karl Bettelheim.
Einsendungen an die Redaction sind zu richten: Wien, I., Gonzagagasse 5.

Druck von G. Gistel & Co., Wien.

Digitized by Google



Meine in Tausenden von Exemplaren verbreiteten

achromatischen Mikroskope

erfreuen sich immer mehr der Gunst meiner verehrten Abnehmer. Durch die vorzüglichsten Werkzeugmaschinen und die in meinen Werkstätten eingeführten Arbeitsmethoden bin ich im Stande, eine ausserordentliche Gleichförmigkeit der Qualität zu gewährleisten, und können alle Besteller sicher sein, niemals andere als durchaus vollkommene Exemplare zu erhalten.

Preisverzeichnisse pro 1877 übersende gratis und franco.

Anerkennungen der ersten Autoritäten. 27

Paul Wächter,

BERLIN, O., Grüner Weg Nr. 19.

Chinin-Zuckerln und Chinin-Chokoladen

von

Josef Gobetzky,

Apotheker in Essek, Slavonien.

Diese aus **Chininum tannicum neutr.** mit der grössten Genauigkeit von mir erzeugten Präparate kosten

100 Stück 4 fl. ö. Währ., inclusive Stempel, Emballage und Porto.

Jedes Stück enthält 7 Centigramm reines Chinin.

Zur Beachtung.

Den Beweis der Vorzüglichkeit und Echtheit meiner Erzeugnisse liefern die Zeugnisse über die vorgenommenen chem. Analysen des Herrn Professor Dr. G. C. Wittstein in München; Dr. J. Schorm und Dr. H. Braun in Wien, J. Molnar, Apotheker und Chemiker in Budapest etc., sowie die in Nr. 13 der Zeitschrift des allgem. österr. Apotheker-Vereins vom J. 1876 veröffentlichte Anempfehlung des bekannten Professor Dr. Wittstein in München, welche lautet:

Herr Apotheker Josef Gobetzky in Essek (Slavonien) bereitet mittelst **von ihm eigens dargestellten** neutralen gerbsauren Chinins (Chininum tannicum neutrale) Chokolade-Zeltchen und Zuckerzeltchen, welche, wie ich mich durch **chemische Prüfung** überzeugt habe, nicht allein **sehr sorgfältig** hergestellt sind und **den angegebenen Gehalt an Chinin besitzen,** sondern auch den **grossen Vorzug** haben, dass darin **die Bitterkeit des Alkaloides völlig maskirt ist.**

Ich kann daher **allen Aerzten,** welche veranlasst sind, Chinin zu verordnen, obige Präparate **auf's beste empfehlen.**

München, den 25. April 1876. (L. S.) **Prof. Dr. G. C. Wittstein.**

Aufträge werden erbeten in Wien an Herrn Otto Raabe, Bäckerstrasse Nr. 1, und Pezold u. Süss, Droguisten; in Pest an Herrn Thalmaier u. Comp.; in Graz an Herrn Dr. A. Wunder, Apotheker, und Herrn Nedver, Apotheker; in Kronstadt an Herrn Müller, Apotheker; in Temesvar an Herrn J. Pecher, Apotheker; in Maros-Vásárhely an Herrn A. Jenney, Apotheker, und an den Erzeuger zu richten.

Diese Präparate wurden auch bei der Szegediner Landes-Ausstellung als eminente Präparate anerkannt und hiefür mir die Verdienstmedaille ertheilt.

Echter und vorzüglicher

Malaga-Wein

(Jahrgang 1845)

für Kranke und Reconvalescente.

Durch Vermittlung der **Administration der Wiener Medizinischen Presse** in Wien, **Maximilianstrasse 4,** ist unverfälschter alter Malaga-Wein, zum Preise von fl. 3 pro Bouteille, zu beziehen. **Für vorzüglichste Qualität wird garantirt.** Versendung gegen Einsendung des Betrages oder Nachnahme desselben, — Emballageberechnung zum Selbstkostenpreise. Bei grösseren Aufträgen — insbesondere durch die Herren Aerzte — wird entsprechender Nachlass gewährt.

Impfstoff stets frisch in Phiolen **à 1 fl.** besorgt prompt die **Administration** der **Medicinisch-chirurg. Rundschau** in Wien, Maximilianstrasse 4.

Digitized by Google

Neue Zeitschrift. 28

Centralblatt für Gynäkologie

herausgegeben von

Dr. Fehling und Dr. Fritsch.

I. Jahrgang 1877. **April bis December.** Preis 7 Mark 50 Pf. = 4 fl. 85 kr.

Alle 14 Tage eine Nummer von mindestens einem Bogen gr. 8.

Alle Buchhandlungen und Postanstalten nehmen Bestellungen darauf entgegen und stehen Probe-Nummern und Prospecte unentgeltlich zu Diensten.

Leipzig, im März 1877. **Breitkopf & Härtel.**

Rudolf Thürriegl

erzeugt alle

chirurgischen Instrumente nach neuesten und verbesserten Constructionen.

Wien, Alservorstadt, am Glacis, Schwarzspanierhaus 5.

Ausführliche Preis-Courante auf Verlangen gratis.

„CURORT GLEICHENBERG"

in Steiermark

Station Feldbach der ungar. Westbahn.

Saison vom 1. Mai bis 30. September.

Natron- und Eisensäuerlinge, Ziegenmolke, Milch, Fichtennadel-Inhalationen, Mineral- und Süsswasserbäder, Kohlensaure Bäder, Voll- und Schwimmbad, Hydropathische Anstalt. ANGEZEIGT gegen Katarrhe aller Schleimhäute, namentlich der Athmungsorgane und des Verdauungstractes, speciell: Kehlkopfleiden, chronischer Bronchialkatarrh, chronische Lungenentzündung, Emphysem-Dyspepsie und Magenkatarrh, Blutmangel und Bleichsucht.

GEGENANZEIGE: Lungentuberculose mit Fieber.

Wasser- und Wohnungs-Bestellungen, sowie Brunnenschriften bei der Direction in Gleichenberg. 29

Privat-Heilanstalt

für

Gemüths- und Nervenkranke

in 16

Oberdöbling, Hirschengasse 71.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Berliner klinische Wochenschrift.

Organ für praktische Aerzte.

Mit besonderer Berücksichtigung der Preuss. Medicinal-Verwaltung und Medicinal-Gesetzgebung nach amtlichen Mittheilungen.

Redacteur Prof. Dr. L. Waldenburg. 30

Wöchentlich 1½—2 Bgn. Gr. 4-Format. Preis vierteljährlich 6 Mk. = 3 fl. 90 kr.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten an.

Digitized by Google

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

(Schluss aus dem Hefte 4 — 1877.)

227. Einige Beobachtungen zur Diätetik der Säuglingsalter. Von Dr. Fr. Peters (Bonn). (Jahrb. f. Kinderkrh. 106. 3 u. 4. H.)

In dem seit dem Herbste d. J. 1875 in Bonn bestehenden Versorgungshause für unehelich geborene Kinder, in welchem nur einzelne in den ersten 6—7 Wochen Muttermilch bekommen, alle andern aber künstlich ernährt werden, wurde im zweiten Jahre der Existenz der Anstalt eine Mortalität von 9 Percent erzielt.

Die Kinder erhalten in dieser Anstalt condensirte Schweizermilch, in den ersten 8 Lebensmonaten 1:22, vom 3. bis 8. 1:18, vom 8. Monate weiters 1:12. Die Wahrnehmung, dass die meisten der so ernährten Kinder rhachetisch wurden, bestimmte dazu, ausserdem noch „Leguminose" zu geben. Ein gehäufter Esslöffel voll vom Leguminosenmehl wird mit einem starken Schoppen Wasser unter Zusatz von Kochsalz angerührt und etwa $^1/_2$ Stunde lang gekocht. Von dieser Suppe erhalten die Kinder bis zu 3 Monaten 1 Mal täglich einen Esslöffel voll mit Milch vermischt, die älteren Kinder 1 Esslöffel voll in jeder Milchportion.

Beachtenswerth ist die Schilderung einer Endemie von acutem Magen-Darmkatarrh in einem Zimmer der Anstalt, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit darauf zurückgeführt werden konnte, dass die Wärterinnen nicht gelüftet und Windeln am Ofen getrocknet hatten. Dyspepsien behandelt man in der Anstalt mit gutem Erfolge durch Verabreichung von mehreren Kaffeelöffeln verdünnter Salzsäure (0·05:100·0.)

Gute Erfolge erzielte man bei der Behandlung der Magendarmkatarrhe mit Gummi arabicum. Es werden 1—2 Theelöffel voll davon in $^1/_4$ Liter condensirter Milch gelöst, gleich im Beginne der Krankheit gegeben und auch später die Milch mit G. arab. versetzt. Dasselbe wirkt dadurch, dass es die epithellosen Partien der Schleimhaut mit einer

Digitized by Google

indifferenten Schichte überkleidet und so gegen den reizenden Einfluss zersetzter Ingesta schützt, und dadurch, dass es eine feinklumpige Gerinnung des Caseins bewirkt.

Genaue thermometrische Messungen, welche bei den Kindern vor und nach dem Bade vorgenommen worden sind, ergaben, dass sowohl Süsswasser- als 6percentige Kochsalzbäder von 25°, 26° und 29° R. keine oder nur sehr unbedeutende Schwankungen der Körpertemperatur bei einer Badedauer von 3 Minuten bedingen. Nach dem Bade beachtet man bei Süsswasserbädern von 25° R. nach 20 Minuten im Mittel einen Abfall von 0·83° C. (in max. 1·5, in min. 0·2), bei 26° R. Badetemp. Temperaturabfall nach 20 M. im Mittel 0·45° C. (Max. 0·8), bei 29° R. Badetemp. nach 20 M. im Mittel Abfall von 0·22° C. (Max. 0·5). Liebermeister u. A. fanden unter denselben Verhältnissen, bei 8—10mal längerer Badedauer und niedrigerer Badetemperatur bei Erwachsenen viel geringeren Temperaturabfall, offenbar weil die Körperoberfläche beim Kinde relativ grösser ist und also mehr Wärme abzugeben vermag.

Die Salzbäder ergaben im Allgemeinen dieselben Resultate wie die Süsswasserbäder, der Salzgehalt der Bäder scheint sogar den durch das kühle Bad zu erzielenden Temperaturabfall zu vermindern.

Eisenschitz.

228. Aus der Greifswalder medicinischen Klinik. Weitere Erfahrungen über den Nutzen der hier eingeführten Methode der Expulsion von Tänien. Von Dr. Tillessen, Assistenzarzt. (Deutsche Medicin. Wochenschrift. 1876. Nr. 46 und 47.)

Die von Prof. Mosler geübte Methode zur Expulsion von Tänien ist folgende: Wenn das Vorhandensein von Tänien constatirt ist (Patienten, die des Bandwurms verdächtig sind, erhalten Morgens und Abends 1 Esslöffel Ricinusöl, ferner werden ihnen Morgens und Abends je $1^1/_2$ Liter lauwarmen Wassers mittelst des Hegar'schen Trichterapparates in den Darmcanal eingeführt, die Diät auf die Darreichung von Speisen beschränkt, die erfahrungsgemäss den Bandwurm zu irritiren im Stande, so Blaubeerensuppe, Häringe, saure Gurken, gesalzene Bouillon), so wird vorerst möglichste Entleerung des Darmcanals von Faecalmassen bezweckt (Ol. Ricini, sowie gleichzeitig damit verbundene Ausspülung des Darmes), hierauf wird durch die Darreichung der erwähnten Speisen und des folgenden Anthelminticums: Rep. Extr. Granati spirit. Bataviensis 7·5, Pulv. rad. Althaeae 1·0, Extr. Gentianae 2·5. Mfpill. Nr. 30, der Wurm aus dem Dünndarm in den unteren Theil des Dickdarms fortgeschafft; es wird dann wieder ein Abführmittel gegeben, um die peristaltische Bewegung des Darmcanals in mässigem Grade anzuregen. Die mechanische Entfernung der Tänie aus dem Dickdarm, resp. Mastdarm geschieht durch Einführen grösserer Mengen Flüssigkeit in denselben, welche den Wurm in

Digitized by Google

sich aufnehmen, ihn am Anheften an die Darmschleimhaut hindern und ihn beim Rückfluss aus dem After mit sich fortspülen. T. theilt nun die Krankengeschichten von 12 mit Bandwurm behafteten Patienten mit (11 mit Taenia mediocanellata, 1 mit Taenia solium), bei denen durch die angegebene Behandlungsweise der Bandwurm mit dem Kopfe entfernt wurde. Es wurde zumeist in der Weise vorgegangen, dass, nachdem ein Tag der Vorbereitungscur gewidmet wurde, der Kranke Morgens um 7 Uhr schwarzen Kaffee trank, um 9, 10, 11 Uhr je 10 Pillen von Granatwurzel-Extract nahm; um 12 Uhr 1 Esslöffel ol. Ricini; um 1 und 2 Uhr $1^1/_2$ Liter warmen Wassers in den Darm eingegossen; ein bis 2 Stunden darauf entleerte sich gewöhnlich mit dem zurückströmenden Wasser der letzten Darminjection der Wurm. In zwei Fällen, in denen das Kopfende des Wurmes im Rectum blieb, wurde, um das Abreissen des Wurmes zu verhüten, dem Kranken, der auf dem Stechbecken verbleiben musste, in der linken Seitenlage vorsichtig und mit Zurückdrängung der Afterwandung die Canule des Ausspülungsapparates am Bandwurm vorbei etwa 3 Zoll in den After eingeführt und sodann 2 Liter lauwarmen mit Zucker versetzten Wassers in das Rectum eingegossen; als mit dem Zurückfliessen eines Theils des eingegossenen Wassers der Bandwurm noch immer nicht in toto entleert wurde, wurde mit denselben Cautelen noch ein Liter Wasser eingeführt; mit dem Zurückfliessen desselben wurde in beiden Fällen eine lebende Tänie in toto ausgespült. Nur in einem Falle — der Kranke hatte aus Furcht vor der vermeintlichen Hungercur vorher viele compacte Speisen zu sich genommen und hiedurch die Wirkung des Anthelminticums bedeutend erschwert — blieb die Cur am ersten Tag erfolglos und musste am folgenden Tag, diesmal mit Erfolg, wiederholt werden. Dieser Fall lehrt, dass bei kräftigen Leuten eine Wiederholung der Dosis von 7·5 Grm. ohne nachtheilige Folgen statthaben kann. Von sämmtlichen Patienten wurde die Cur ohne besondere Beschwerden vertragen und besonders lobten solche Patienten, die bereits frühere, erfolglose Curen durchgemacht hatten, diese Art der Behandlung als viel weniger angreifend. Die Pillenform, in welcher das Extract der Granatwurzelrinde gereicht wurde, erregte niemals Uebelkeit oder Erbrechen. Die angegebene Dosis ist wohl die stärkste, die von dem Mittel gereicht werden kann, da die Patienten in nicht geringem Grade darnach betäubt waren. (Apotheker Kunstmann in Greifswald liefert die angeführte Dosis von 30 Pillen verpackt zum Preise von 4 Mk. 50 Pfg.)

229. De l'emploi des bains tièdes comparé à celui des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoide. Par le docteur Dujardin-Beaumetz. (Bulletin général de therapeutique. 2me Livraison 1877.)

Der Verfasser will aus einer Zusammenstellung der Resultate, die nach Brand's Methode und die unter lauen Bädern bei Typhus erzielt

Digitized by Google

wurden, den Werth beider Behandlungsarten prüfen, um in Erfahrung zu bringen, welchem Verfahren der Vorzug eingeräumt werden solle. Anticipiren wir zunächst, dass die recht oberflächliche Untersuchung des Verfassers zu keinem Resultate führt.

Nachdem der Verfasser für das warme Bad keine statistischen Daten aufzutreiben vermochte, geht er daran, die Inconvenienzen des kalten Bades darzulegen.

Es sei zunächst ein viel grausameres und eingreifenderes Verfahren, und die statistischen Ziffern zeigten auch nicht mehr so günstige Erfolge, wie sie von Brand ursprünglich behauptet wurden, und dass auch bei der Bäderbehandlung schwere Zufälle nicht ausgeschlossen seien. Wenn er das ungünstige Mortalitätspercent, das der eine oder der andere Autor bei der Bäderbehandlung gefunden, als Argument gegen diese Methode anführt, so lässt sich wohl dagegen nur immer wieder betonen, dass Zahlen, namentlich kleine Zahlen mit grosser Vorsicht aufzunehmen sind, und dass bei einer Behandlung mit Bädern wohl auch zwischen dem einen und dem anderen Arzte eine bedeutende Differenz bestehen könne.

Bei grossen Zahlen, günstige und ungünstige Erfolge zusammengerechnet, scheint bei der Wasserbehandlung die Mortalität 7% zu betragen, während bei der medicamentösen Therapie dieselbe gegen 21% beträgt.

Für einen Vergleich mit den Erfolgen bei Salicylsäure ist das vorliegende Materiale noch nicht ausreichend. Es scheint aber selbst bei gleicher Mortalität für unseren Autor festzustehen, dass die Behandlung mit kalten Bädern die Ursache schwerer Complicationen sein könne. Als Beweis dafür führt unser Autor an, dass Herrn Raynaud ein Typhuskranker fast an Syncope zu Grunde gegangen wäre, wenn er nicht durch energische Sorgfalt und Umsicht gerettet worden wäre. Er citirt weiter denselben Autor, der da behauptet, dass die kalten Bäder zu Lungen-Congestionen, ja selbst zu Pneumonien Veranlassung geben können. Dass diesen Behauptungen gegenüber Jürgensen's klinische Studie, die wissenschaftlich das gerade Gegentheil constatirte, nicht in's Gewicht fällt, ist nur der ungenügenden Kenntniss deutscher Literatur zuzuschreiben. Dieselbe Bewandtniss hat es mit der Behauptung: Darmblutungen seien bei der Behandlung mit kalten Bädern viel häufiger und diese seien die Ursache derselben. Die Statistik, die sich hier abermals auf zu kleine Ziffern stützt, bringt um $^1/_3$% mehr Darmblutungen bei der Wasserbehandlung als bei medicamentöser Behandlung heraus.

Schon der junge Wunderlich hat den Nachweis geführt, dass die Darmblutungen und ihre etwas grössere Häufigkeit seit Einführung der kalten Behandlung nur mit Unrecht in eine causale Beziehung gebracht werden dürfen, dass weit mehr bestimmend dafür der Charakter mancher Epidemie sei.

Digitized by Google

Auch Referent hat unter einer Anzahl von 93 ihm im Verlaufe von 10 Jahren vorgekommenen Typhen sechs Darmblutungen verzeichnet. Sämmtliche sechs Fälle kamen demselben im Verlaufe eines einzigen Jahres vor, obwohl er seit 10 Jahren seine Behandlungsweise nicht geändert hat. Es wäre doch auffallend, dass zu einer Zeit die Bäder diesen Einfluss ausüben, zu einer andern Zeit wieder gar nicht!!

Nach solchen Auseinandersetzungen kömmt unser Autor zu dem Schlusse, die Behandlung mit kalten Bädern sei nur auf die schwersten Fälle zu beschränken.

Dass es nicht besonders logisch sei, von einer Methode in schweren Fällen noch etwas zu hoffen, in leichteren Fällen, von denen aber auch eine ziemliche Anzahl zu Grunde geht, sie zu verwerfen, das fällt unserem Autor nicht auf-.

Temperaturherabsetzung und Einfluss auf das Nervensystem erwartet Verfasser in gleichem Masse von den weniger empfindlichen, weniger grausamen lauen Bädern, zu deren Anwendung keine so grosse Energie erforderlich sei.

Er citirt Versuche an Gesunden, wo Bäder von 30—35° die Körpertemperatur um mehr als 1° auf 3 Stunden herabsetzten und ebenso den Herzschlag verlangsamten.

Auch ein bei einem Typhuskranken angestellter Versuch, wo ein 36° Bad die Körpertemperatur auf 3 Stunden um mehr als 1°, unmittelbar nach dem Bade um mehr als 2° herabsetzte, wird mitgetheilt. Dieser ausserordentliche Effect müsste uns jedenfalls sehr überzeugen, wenn das Stadium des Typhus, in welchem ein solcher positiver Badeeffect erzielt wurde, angegeben wäre.

Aus einer Aeusserung des Verfassers können wir jedoch mit grösster Wahrscheinlichkeit entnehmen, dass dieses Bad in einer sehr vorgeschrittenen Periode des Typhus, wo schon sehr mässige Wärmeentziehungen grosse positive Temperaturherabsetzungen bewirken, verabfolgt worden sei. Der Verf. sagt nämlich: die lauen Bäder geben besonders gute Resultate, nicht in den Initialperioden der Krankheit, sondern erst in der zweiten oder dritten Woche.

Wenn der Autor weiters empfiehlt, nur ein Bad jeden Tag oder jeden zweiten Tag, geleitet von der Temperatursteigerung zu geben, so glauben wir es nicht mehr beweisen zu müssen, dass er über die Anwendung des kalten Wassers beim Typhus ein Urtheil fällen zu können, seine Berechtigung nicht documentirt hat. Winternitz.

230. Ueber das balneotherapeutische Verfahren bei einigen chronischen Krankheiten der Kinder. Von Dr. Sigmund Schweiger. (Pester medic.-chirurg. Presse, 1876, Nr. 47.)

Der Verf., welcher als Brunnenarzt in Franzensbad fungirt, hat daselbst zahlreiche günstige Resultate bei Behandlung von scrophulösen und rhachitischen Kindern erzielt.

Digitized by Google

Da bei länger dauernder Scrophulose die Ernährung und Verdauung stets leidet, so wurden die natürlichen, schwächeren und leicht verdaulichen Eisenwässer besser vertragen als künstliche Präparate, und wenn die innerliche Anwendung derselben durch kohlensäurehältige Eisenbäder oder bei grösseren Kindern durch Moorbäder unterstützt wird, so kann man überraschende Heilerfolge erzielen. Als Beleg hiefür erzählt S. einen Fall von Scrophulose bei einem 13jährigen Mädchen, bei welchem sich nach einem mehrjährigen Gebrauche von Hall keinerlei Besserung constatiren liess, während sich in Franzensbad nicht nur die Ernährung bedeutend hob, sondern auch die Drüsengeschwülste bedeutend abnahmen. In gleicher Weise sah der Verf. bei rhachitischen Kindern, welchen er Franzensquelle in sehr kleinen Dosen und Mineralbäder ordinirte, sehr günstige Erfolge. Glax.

231. Die Ausathmung aus dem pneumatischen Cabinet in freie atmosphärische oder verdünnte Luft und die Behandlung des Lungenemphysemes. Von Dr. J. Pircher. (Wiener med. Presse 1876. XVII. 34, 35, 36.)

Verf. stellte in dem Meraner pneumatischen Cabinet Versuche an über die Wirkung der Ausathmung in freie und verdünnte Luft aus dem Cabinet heraus auf die Residualluft der Lungen und fand, dass durch solche Ausathmungen den Lungen bedeutend mehr Residualluft entzogen werde, als mit den transportablen pneumatischen Apparaten während der Expiration in verdünnte Luft. Die Tabelle, welche der Arbeit beigedruckt ist, und welche die bei diesen Versuchen gewonnenen Zahlen enthält, wurde in einem Nachtrage zur Arbeit (a. a. O. Nr. 41) in veränderter Gestalt wiedergegeben, da in jener, wie bei einem Vergleich ersichtlich, wesentliche Reductionsrechenfehler begangen worden waren. Die Versuche hatte Pircher nachträglich noch einmal mit seinem Meraner Collegen Dr. Knauthe wiederholt, wobei Ergebnisse, analog den vorherigen erzielt wurden. Die grösste Menge Residualluft wurde den Lungen bei einem Ueberdruck von 0·2 Mm. im Cabinet unter Ausathmung in atmosphärische und in um $^1/_{60}$—$^1/_{80}$ Mm. verdünnte Luft entzogen, um das doppelte und das dreifache mehr als bei den vergleichsweise angestellten blossen Ausathmungen in den transportablen Apparat. Bei einem Ueberdruck von 0·4 Mm. in dem Cabinet werden die Ausathmungen in die freie Luft etc. unangenehm und es wird auch viel weniger Residualluft entzogen, so dass dieser Cabinetdruck für therapeutische Zwecke unbrauchbar ist. In dem uns vorliegenden Handbuch der pneumatischen Therapie von Dr. Th. Knauthe wird dieses Thema nach Versuchen dieses Autors eingehender behandelt, wobei die Erscheinungen während der Exspiration in atmosphärische Luft aus dem Cabinet heraus anders aufgefasst, näher erklärt und erläutert werden. Wir verweisen deshalb für speciellere Studien auf dieses, die ganze pneumatische Therapie umfassende Handbuch.

Digitized by Google

Pircher theilt in seiner Arbeit am Schlusse noch zwei Krankengeschichten über mit obiger Methode behandelte Emphyseme mit, woraus hervorgeht, dass das eine dieser Emphyseme ganz wesentliche Besserungen erfuhr, das andere nach Verfassers Ansicht geheilt wurde. Freilich können zwei Fälle noch lange nicht die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode begründen. Bettelheim.

232. Aneurysma der Anonyma, behandelt mit äusserlicher Anwendung des galvanischen Stromes. Von Prof. Carl Gallozzi. (Il Morgagni, 1876, Septemberheft, pag. 585.)

A. S., 51 Jahre alt, Sensal, verheiratet, ist von kräftigem Körperbau, hatte in seiner Jugend grosse Kraftanstrengungen und wohl auch in vino et in Venere excedirt. Im Jahre 1848 litt er an einer Blennorhöe und einem Geschwüre, welches von leichter Schwellung der Inguinaldrüsen begleitet war. Die Erscheinungen verschwanden ohne Anwendung irgend einer antisyphilitischen Cur. Vor fünf Jahren begann Patient, namentlich des Nachts, an Lenden- und Fussschmerzen zu leiden. Vor drei Jahren, im Beginn des Frühlings, fühlte Patient beim Aufstehen aus dem Bette und während der Inspiration ein Zusammenziehen in der Herzgegend. Ein damals consultirter Arzt diagnosticirte irgend welche Veränderungen im Herzen oder den grossen Gefässen. Im October 1874 entstanden heftige Schmerzen im rechten Schultergelenke, in den rückwärtigen Halspartien und in der Supra- und Infra-Claviculargegend derselben Seite. Diese Symptome dauerten etwa drei Monate, während welcher Zeit Patient Jodkalium, Eisen etc. einnahm. Im April des verflossenen Jahres wiederholten sich diese Schmerzen, doch war diesmal auch eine schmerzhafte und harte Schwellung im rechten Sterno-Clavicular-Gelenke vorhanden, welche als Synovitis declarirt, und weshalb ein fixer Verband angelegt wurde. Die Schmerzen verschwanden hierauf, doch blieb stets eine kleine Schwellung, welche im October dieses Jahres wieder sehr schmerzhaft wurde. Eine durch 80 Tage fortgesetzte Quecksilbercur blieb erfolglos, und Patient wurde am 26. März 1876 auf die Klinik aufgenommen, wo man einen eigrossen, pulsirenden Tumor fand, dessen Mitte dem rechten Sterno-Clavicular-Gelenke entsprach. Die Haut über dem Tumor war stark geröthet, gespannt und glänzend, die Pulsationen sehr ausgedehnt, mit jenen des Herzens und der grossen Gefässe synchron, während der Puls der entfernteren Arterien verspätet schien. Die Auscultation ergab sowohl über dem Herzen, als über der Geschwulst ein leichtes systolisches Geräusch, einen unreinen, diastolischen, accentuirten Ton. Die für die Untersuchung zugänglichen Arterien, besonders die Subclavia, waren atheromatös. Die Diagnose wurde auf sackförmiges Aneurysma der Anonyma gestellt.

Der Kranke wurde während eines ganzen Monates mit Pillen von Cyankali und localer Application von kalten Umschlägen mit Eisenchlorid behandelt. Nichtsdestoweniger nahm die Geschwulst zu und mass im längeren Durchmesser 8, im kleineren 6 Centimeter.

G. entschloss sich nun zur äusseren Anwendung eines galvanischen Stromes, welcher am Galvanometer einen Ausschlag von 60—65 Graden gab. Die Rheophoren wurden durch fünf Minuten fest auf das Aneurysma aufgesetzt und dann wurde durch weitere sechs Minuten ein labiler Strom angewendet. Gleich nach der Galvanisation erschien der Tumor etwas kleiner und härter, besonders an jenen Stellen, wo die Rheophoren längere Zeit fixirt wurden. Schon nach 5—6 Sitzungen war der transversale Durchmesser der Geschwulst nur mehr 5, der verticale 4 Centimeter. In der Folge verkleinerte sich der Tumor langsam, aber stetig, und der Patient wurde vollkommen geheilt entlassen. Es war somit

Digitized by Google

auf die äussere Anwendung des galvanischen Stromes der Inhalt des Aneurysmas ebenso coagulirt, wie dies bei der Galvanopunctur der Fall ist. Glax.

233. Die quantitativen Verhältnisse des Sauerstoffes der Luft, verschieden nach Höhenlage und Temperatur der Beobachtungsorte, Von Dr. Escherich. (Aerztl. Intelligenzblatt 1876. Nr. 41.)

Trotzdem dass das relative Verhältniss des Sauerstoffes zum Stickstoff in der Luft ein unabänderliches ist, so dass die Luft überall aus 79·30 Volumenprocenten Stickstoff und 20·70 Volumenprocenten Sauerstoff, oder aus 76·74 Gewichtsprocenten Stickstoff und 23·26 Gewichtsprocenten Sauerstoff zusammengesetzt bleibt, so ändern sich dennoch diese elementaren Bestandtheile in dem gleichen Volumen Luft in ihren absoluten Mengen je nach der Dichtigkeit und der Wärme der Luft. Auf diese einzelnen Veränderungen weist Verfasser unter Anführung von Beispielen hin, woraus der allbekannte Satz hervorgeht, dass ein Volumen dichterer Luft mehr Sauerstoff enthält als ein ebenso grosses dünnerer Luft, und dass wärmere Luft in dem gleichen Volumen weniger Sauerstoff enthält als kältere, da Wärme die Luft ausdehnt und Kälte dieselbe verdichtet.

So wiegt, was zunächst die Dichtigkeit durch den Luftdruck betrifft, ein Kubikmeter Luft bei 760 Mm. Barometerdruck (z. B. in Hamburg) und bei 0° Cels. 1·30 Kilogrm., somit 1 Liter Luft 1·30 Grm. Da 23·26 % der Luft immer Sauerstoff sind, enthält dieser Kubikmeter ein Gewicht von 1·30 Kilogrm., 0·30 Kilogrm. Sauerstoff. Ein Kubikmeter Luft bei 713 Mm. Barometerdruck (z. B. in München) und 0° C. wiegt nur 1·21 Kilogrm. und enthält sonach nur 0·28 Kilogrm. Sauerstoff.

Aehnlich wirkt die Wärme. Nach den Gesetzen der Wärme wird ein Kubikmeter Luft für jeden Grad Celsius um $^1/_{273}$ seines Volumens und seines Gewichtes geändert; bei Wärmegraden über 0° C. um diesen Betrag verdünnt und leichter, bei Kältegraden um diesen Betrag verdichtet und schwerer. Die Luft in einem Kubikmeter bei 0° C. hat sich bei 27° C. um $^{27}/_{273}$ oder um $^1/_{10}$ innerhalb seines Raumes verdünnt, enthält somit auch $^1/_{10}$ weniger seiner elementaren Bestandtheile beziehentlich des Sauerstoffes.

Es ist sonach zur Schätzung der elementaren Zusammensetzung der Luft die Angabe des Dichtigkeitsgrades und der Temperatur derselben nöthig.

Der Hamburger athmet z. B. unter gleichen Temperaturverhältnissen mit jedem Athemzug eine dichtere und damit sauerstoffreichere Luft ein, als der Münchener; nur im Winter, wo die Durchschnittstemperatur 0 und unter 0 ist, wird beim Athmen eine noch diehtere Luft, resp. mehr Sauerstoff den Lungen zugeführt, als im Sommer. In warmen Gegenden athmet der Mensch somit weniger Sauerstoff als in kalten, in höheren weniger als in niedrigen; und die Combination beider Momente (Luftdruck und Wärme) wirken an verschiedenen Orten demzufolge gemeinschaftlich oder ausgleichend. Verf. belegt diese Punkte mit Zahlen und Beispielen.

Digitized by Google

Bei 760 Mm. Barometerdruck und 0° C. (in Hamburg z. B.) werden im Jahre 1271 Kilogrm. Sauerstoff geathmet, während bei 713 Mm. Barometerdruck und 0° C. (z. B. in München) nur 1183 Kilogrm. Sauerstoff geathmet werden. Derselbe Mensch athmet also bei 0° C. in München in einem Jahre um 88 Kilogrm. Sauerstoff weniger als in Hamburg. Diese Grössen erhalten nun aber eine Aenderung durch die Temperaturen. Die mittlere Jahrestemperatur für Hamburg ist + 9° C., die Wärme dehnt die Luft aus, es ist folglich in demselben Volumen Luft bei + 9° C. weniger Sauerstoff, als bei 0° C. Unter Berücksichtigung dieses Momentes ergibt sich, dass in Hamburg bei 760 Mm. Barometerdruck und + 9° C. Durchschnittstemperatur 1229 Kilogrm. und in München bei 713 Mm. Barometerdruck und einer jährlichen Durchschnittstemperatur von + 7° C. 1153 Kilogrm. Sauerstoff eingeathmet wird. Der Gehalt der Luft an Wasserdampf und Kohlensäure erzeugt keine wesentlichen Abänderungen.

Die gleichen Berechnungen lassen sich auch für die einzelnen Jahreszeiten machen und Verf. gibt eine Tabelle über die Mengen des Sauerstoffes, welche in Hamburg und München zu den verschiedenen Jahreszeiten eingeathmet werden. Diese Berechnungen lassen sich für alle Städte, wo mittlere Temperaturen und der Barometerdruck bekannt sind, aufstellen und Verf. glaubt, dass aus diesen Berechnungen wesentlicher Nutzen für die Physiologie, Pathologie und Hygiene und Volkswirthschaft entsteht, da der Sauerstoff und die Athmung desselben einen hohen physiologischen Werth haben. Diesen Werth erwägt Verf. und zeigt ferner auf Grund statistischer Studien, dass z. B. die Sterblichkeit Neugeborner und Kinder im 1. Lebensjahre auf hochgelegenen Territorien niemals eine geringe ist, und dass die Sterblichkeit im ersten Lebensjahre in den heissen Sommermonaten die grösste ist, während sie bei niedriger Sommertemperatur niedriger bleibt. Verf. bezieht diese Sterblichkeitsverhältnisse auf die Abnahme des Sauerstoffgehaltes der Luft in der Höhe und in der Wärme, da hier mit dem gleichen Volumen Luft weniger Sauerstoff geathmet wird. Besonders muss dieser Sauerstoffmangel auf das neugeborne und junge Kind wirken, für welches der Sauerstoff ein wesentlichstes und nothwendigstes Luftnahrungsmittel bildet; im späteren Lebensalter hat sich gegen derartige momentane Schädlichkeiten mehr Widerstandskraft gebildet, so dass ein Minus an Sauerstoff in der Athmungsluft bei geringerem Luftdruck und bei grosser Wärme bei der vollendeten körperlichen Entwickelung nicht mehr nachtheilig empfunden wird.

Die Arbeit des Verf. ist hochverdienstlich, wenn auch seine Schlussfolgerungen noch fernerer statistischer Bestätigungen bedürfen.

Knauthe.

234. Ueber subcutane Injectionen von Bicyanuretum Hydrargyri bei Syphilisformen. Von Prof. v. Sigmund. (Wien. medicin. Wochensch. Nr. 37. 1876.)

Digitized by Google

v. Sigmund verwendet von Bicy. Hydr. 0·30 Aq. dest 35·00 zur Injection täglich 0·70 und macht durchschnittlich 17 Einspritzungen in beiläufig 25 Tagen. Die Reaction an der Einspritzungsstelle blieb stets unbedeutend, die Infiltration des Bindegewebes daselbst war meist schon innerhalb einer Woche geschwunden (demnach viel günstigere Verhältnisse als bei der Injection mit wässeriger Sublimatlösung), die Injection verursachte keine Schmerzen. Die am meisten geeigneten Injectionsstellen liegen in und zu beiden Seiten der Axillarlinie. Wiewohl Ruhe einige Stunden nach der Application zweckmässig wäre, ist doch auch mässige Bewegung des Rumpfes nicht schädlich. Auf die Mundschleimhaut und die Speicheldrüsen ist die Einwirkung sehr gering, dabei bleibt das Allgemeinbefinden befriedigend. Die chemische Analyse weist das Quecksilber schon nach der zweiten Einspritzung im Urine nach.

Die Einwirkung des Bicy. Hydr. auf den Syphilisprocess besteht in Abkürzung des Verlaufes einfacher und leichterer Formen und in Milderung complicirterer und schwererer Formen. Maculae figuratae, Papulae am Gaumen, an hinterer Rachenwand und Mandeln, Psoriasis schwanden nur schwer (ohne gleichzeitige örtliche Behandlung der beiden letzteren Formen). Veraltete papulöse, pustulöse (impetiginöse), psoriatische, gummöse, serpiginöse Formen besserten sich nur, aber heilten nicht. Der geringste Erfolg ist bei knotiger Sklerose, Ulceration derselben und bei ausgedehnten diphtheritischen Formen beobachtet worden, welche unbedingt neben den Einspritzungen locale Behandlung verlangen.

Die Injectionen mit Sublimat, sagt Verf., sind energischer als die in Rede stehenden, aber in letzter Instanz nicht so wirkungsvoll wie die Einreibungen. Die Injectionen mit Calomel (5—10 Ctigm. jeden vierten Tag, 6—8mal applicirt) sind nach Sigmund denen mit Subl. vorzuziehen. Sie wirken sehr rasch auf die Mundschleimhaut und die etwa entstehenden Abscesse sind nicht so sehr zu fürchten, wie das gang und gäbe ist. Emanuel Kohn.

235. Wirkung kleiner Dosen Quecksilber auf die rothen Blutkörperchen. Von Dr. Reyes. (Americ. Journ. of the medic. scienc. Jan. 1856, Ref. de giorn. ital. d. mal ven. e d. pel. Juni 1876.)

Nachdem die normale Quantität der rothen Blutkörperchen, welche im Blute des normalen Menschen enthalten ist, bestimmt ward, hat der Verf. Gesunden und Syphilitischen Mercur anfangs in kleiner, später in grösserer Dosis, in einzelnen Fällen allein, in anderen mit Jodkali verabreicht. Um Salivation hervorzurufen, wurde Ungut. neapolit. eingerieben, sonst ward Sublimat interne gegeben. Die Experimente wurden mittelst des Hämatometers von Hayem angestellt. Verf. kam zu folgenden Schlüssen: 1. Ein gut genährter Erwachsener hat ungefähr 5 Millionen Cub.-Millim. rothe Blutkörperchen, Anämische haben blos 3 Millionen, Plethorische bis 6 Millionen, $4^1/_2$ Millionen kann man noch als innerhalb der

Digitized by Google

Breite der Gesundheit (besonders in den Städten) gelegen gelten lassen. 2. Grosse Dosen von Mercur oder Syphilis vermindern die rothen Blutkörperchen (besonders deutlich in Spitälern wahrzunehmen.) 3. Mercur allein oder in Verbindung mit Jodkali vermehrt bei Syphilis die rothen Blutkörperchen. 4. Mercur in kleinen Dosen wirkt bei gesunden Thieren tonisch, vermehrt das Fett, in grossen Dosen schwächt es, vermindert das Körpergewicht, in kleinen Dosen bei nichtsyphilitischen gesunden Menschen angewendet, vermehrt es die Zahl der rothen Blutkörperchen.

Emanuel Kohn.

236. Beitrag zur Bulimie und zum Codein als dessen Heilmittel. Mitgetheilt vom Magister Löwenstamm in Brünn (Med.-chir. Centralblatt Nr. 17, 1876.[1])

L. theilt 3 Fälle von Bulimie mit, bei denen ihm das Codein sehr gute Erfolge aufzuweisen hatte. Ein 40jähriger Mann litt seit 14 Tagen an einer ihn peinigenden Gefrässigkeit, dabei ein nicht zu stillendes Hungergefühl, enorme Auftreibung des Magens. Pat. musste Tag und Nachts jede 2. Stunde Nahrung zu sich nehmen, da er sonst Ohnmachten bekam. Durst war normal, ebenso war weder eine Magenerkrankung, noch im Harne etwas Abnormes nachzuweisen. L. gab nun 4mal des Tages 0·25 Codein und nach 8 Tagen war die Auftreibung und Spannung des Magens bedeutend gemindert, das Hungergefühl bei Nacht beseitigt, nach fernern 8 Tagen wurden 3—4stündige Mahlzeiten erzielt und in der 3. Woche war Patient vollkommen genesen.

Der zweite Fall betraf ein 14jähriges scrophulöses Mädchen mit „Drüsentuberculose". Dieselben Symptome, 0·1 Codein zweimal, später viermal täglich; binnen 14 Tagen Heilung.

Endlich als dritten Fall ein 16jähriges chlorotisches Mädchen, das schon 4 Wochen an einer unnatürlichen Gefrässigkeit litt, und trotzdem sie diese befriedigte, mager und abgezehrt blieb. Zuerst wurden Amara, Acida, Ferrum, gute Nahrung etc. verordnet; dies besserte aber nur das Allgemeinbefinden, nicht aber die Bulimie. Nun wurde 0·2 Codein dreimal täglich gegeben und schon nach 14 Tagen trat auffallende Besserung und nach weiteren 14 Tagen vollkommene Genesung ein.

Hermann Hertzka.

237. Ueber die Behandlung des Wechselfiebers mit Carbolsäure. Von Dr. Adolf Stern. (Pester medicin.-chirurg. Presse Nr. 45, 1876.)

Angeregt durch mehrere Artikel über die günstige Wirkung der Carbolsäure bei Wechselfieber versuchte Verfasser, als er eine grössere Reihe von Erkrankungsfällen zu behandeln hatte, das Mittel trotz früherer Misserfolge von Neuem. Er gab die Carbolsäure sowohl in frischen als in ältern nach Chinin recidivirenden Fällen und war mit dem Erfolge vollkommen zufrieden. Die Ordination lautete nach Hehle's Formel: Acid. Carbol. 0,4 Aqu. dest. 180,0 dreimal täglich 1 Esslöffel. Von den

Digitized by Google

20 Fällen, die er so behandelte, wurden 14 durch einmaligen Verbrauch dieser Lösung, 4 durch wiederholte Dosis geheilt, 2 blieben ungeheilt. Es waren 6 Quotidian-, 11 Tertian- und 2 Quartanfälle; bei letztem trat kein Anfall mehr ein nach Beginn der Carbolsäurebehandlung; bei den Tertianfällen trat meist noch 1 Anfall, bei den quotidianen noch 2 Anfälle ein. Es scheint also, dass es der Einverleibung einer gewissen Menge Carbolsäure bedürfe, um die Anfälle zu coupiren, und dass sich somit die Wirkung des Mittels cumulire. Einmal wurde ein Recidive beobachtet, welches jedoch nach einmaliger Verabreichung der Carbolsäurelösung wich. Ueble Zufälle kamen nicht vor. Verfasser lässt in Kürze 10 Krankengeschichten folgen, von denen die 7. dadurch interessant ist, dass in diesem Falle die Anfälle, die zweimal durch Chinin coupirt, nach 14, resp. 10 Tagen redicivirten, nach einmaligem Gebrauche der Carbolsäurelösung vollständig ausblieben. Er kommt zum Schlusse, dass die Carbolsäure ein mächtiges Heilmittel gegen Wechselfieber genannt werden müsse, dass sie wegen ihrer Billigkeit in der Armenpraxis von grossem Werthe sei und endlich, dass aus ihrer Wirksamkeit ein Rückschluss auf die parasitäre Natur der Malariainfection erlaubt sein dürfte. Boese.

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

238. **Zur chirurgischen Pathologie der Nieren.** I. Beckenabscess aus einer dislocirten Niere hervorgegangen (Pyonephrosis). Punction vom Rectum aus. Tod durch Urämie. Von Dr. A. Wölfler. (Wien. med. Wochenschrift 1876, Nr. 7, 8 u. 12. Centralblatt 1876, Referat von E. Küster.)

Ein 45jähriger Arbeiter hatte seit 5 Tagen und 5 Nächten keinen Tropfen Urin gelassen und auch durch den in die Blase eingeführten Katheter wurde kein Urin entleert. 4 Finger breit über der Symphyse fühlte man einen rundlichen Tumor, dessen Sitz hinter den Darmschlingen tief in der Beckenhöhle gelegen war. Bei Einführung der Hand in den Mastdarm constatirte man, dass dessen rechte Wand durch einen fluctuirenden Tumor vorgedrängt war. Bei der Punction desselben entleerte sich ein Liter dünnen geruchlosen Eiters, in welchem Harnstoff nachgewiesen wurde. In die Punctionsöffnung wurde ein Drainrohr eingeführt. Unmittelbar nach der Punction konnte auch aus der Blase Urin entleert werden. Leider wurde das Drainrohr bei der Defäcation ausgestossen und es kehrten nun allmälig die alten Erscheinungen verbunden mit hohem Fieber zurück. Da im Mastdarm keine rechte Prominenz mehr zu fühlen war, so drang Billroth von aussen gegen den Abscess vor, indem er durch einen Schnitt über dem Poupart'schen Band, analog demjenigen zur Unterbindung der Iliaca externa, ins retroperitoneale Bindegewebe bis in

Digitized by Google

die Gegend des Abscesses vordrang. Jetzt wurde vom Mastdarm her ein Troicart bis in den Grund der äussern Wunde vorgestossen und ein Drainrohr durchgezogen, dessen eines Ende aus der Bauchwunde, dessen anderes Ende aus dem Mastdarm hervorragte. Obwohl Eiter und Urin jetzt freien Abfluss hatten, starb doch der sehr collabirte Kranke noch am Abend desselben Tages. — Die Section ergab, dass die r. Niere in einen grossen, vor dem Promontorium gelegenen Sack umgewandelt war, welcher Eiter und Harn enthielt. Dieser Sack charakterisirte sich als eine schon seit der Geburt dislocirte Niere: 1. durch die Richtung des Hilus nach vorn, 2. durch Anomalien in Ursprung und Zahl der Arterien, 3. durch Verkürzung des Harnleiters um 10 Cm. Vf. erklärt den ganzen Verlauf nun so, dass die angeborne dislocirte Niere der Hydronephrose verfallen sei, wie überhaupt dislocirte Nieren besonders häufig zu krankhaften Processen zu disponiren scheinen, und dass erst spät sich eine acute Pyelitis hinzugesellte, welche zur Compression des andern Ureters und damit zur Urämie führte.

239. Ueber den Einfluss des antiseptischen Verfahrens auf die Salubritätsverhältnisse chirurgischer Spitäler im Allgemeinen. Von Prof. Josef Lister. (Brit. Med. Journ. 1875.)

Ein Vortrag Lister's, gehalten vor der British medic. Association in Edinburgh, der sich wie die früheren Publicationen des Verf. durch eine äusserst wohlthuende, streng sachgemässe und wissenschaftliche Form auszeichnet. Er enthält die Eindrücke, die L. auf seiner vor Kurzem beendeten Reise durch Deutschland über die Verbreitung und die Resultate seiner Wundbehandlungsmethode empfangen hat. Bekanntlich ist Lister, wie Shakespeare, nirgends populärer geworden als in Deutschland, und in Deutschland allein ist die Methode L.'s so vervollkommnet und selbstständig weiter entwickelt worden (von Thiersch und Volkmann), dass Lister selbst Neues lernen konnte, ja dass er selbst es ausspricht, er habe bei Volkmann Resultate gesehen (in der Behandlung von chronischen Gelenkskrankheiten, kalten Abscessen u. s. w.), wie er selbst sie bis dahin nicht zu Stande gebracht hatte. Ohne auf die Details der Schilderung einzugehen, deren wesentlicher Inhalt dem deutschen Leser durch die klinischen Berichte von Thiersch, Bardeleben, Nussbaum, namentlich aber durch das umfangreiche Buch von Volkmann bekannt ist, soll hier nur im Allgemeinen erwähnt werden, dass die Lister'sche Wundbehandlungsmethode überall, wo sie consequent durchgeführt worden ist, äusserst segensreiche Veränderungen selbst in den ungesundesten Krankenhäusern hervorgebracht hat. Pyämie und Septicämie verschwinden beinahe vollständig, Erysipele werden seltener und verlaufen milder, Nosocomialgangrän scheint ganz eliminirt zu werden.

Die Erfahrungen, welche L. in seinem eigenen Krankenhause gesammelt hat, erstrecken sich nun auf sechs Jahre. Er hat 55 Betten,

Digitized by Google

die Zimmer sind überfüllt, so dass fast immer weit mehr Kranke aufgenommen, als Betten vorhanden sind. Seit 1872 sind die Krankenzimmer nicht gereinigt worden, mit Ausnahme eines einzigen; die Zahl der ausgeführten Operationen hat gegen früher bedeutend zugenommen, es werden jetzt Operationen in dem Krankenhause gemacht, an die man sich früher, bei dem notorischen ungünstigen Zustande des Spitales niemals gewagt hätte. L. hat einen Fall von Mammaamputation mit Exstirpation der Achseldrüsen an Pyämie verloren, Erysipel war während einer Epidemie von Blattern, die ganz Edinburgh betraf, in das Spital eingeschleppt worden, konnte aber bald beherrscht werden; während einer Periode von 2 Jahren kam gar kein Fall von E. vor. Nosocomialgangrän ist seit sechs Jahren nicht mehr beobachtet worden, Tetanus scheint bedeutend seltener aufzutreten. A. von Winiwarter.

240. 3 neue Fälle von Trepanation. Von Dr. Jules Boeckel. (Gaz. médic. de Strasbourg, 1876 Nr. 5.)

I. Kopfverletzung bei einem 28jährigen Manne, durch das Auffallen eines Balkens hervorgerufen: Fractur im vorderen Winkel des l. Seitenwandbeines mit Einklemmung von Haaren zwischen die Bruchflächen. Depression 3 Millimeter. Schwere Compressionserscheinungen, die sehr bald nachlassen. Bewusstsein ungetrübt, heftiger Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, langsame Sprache. Die Kopfwunde wird erweitert und 18 Stunden nach der Verletzung eine Trepankrone angelegt. Nach Erweiterung der hiedurch geschaffenen Oeffnung werden einige Knochenfragmente der Tabula vitrea extrahirt, die angesammelten Blutgerinnsel über der unverletzten Dura mater ausgeräumt. Exacter Listerverband. Kopfschmerz verschwindet. Guter Verlauf, Heilung.

II. 27jähriger Mann. Fall gegen einen scharfen Stein. Damals Hautwunde ohne die geringsten Symptome einer weiteren Verletzung, gewöhnliche Behandlung, Heilung. Vier Wochen nach der Verletzung Erbrechen und Kopfschmerz. Man findet in der rechten Stirngegend eine kleine eiternde Fistel, welche auf entblössten beweglichen Knochen führt. Blosslegung des Knochens, der in der Ausdehnung eines Francstückes deprimirt erscheint und an welchem einzelne ganz abgelöste und einige am Periost haftende Knochensplitter hängen. Nach Entfernung derselben mittelst des Meissels liegt die granulirende Dura mater bloss, in welcher zwei Fragmente der Tabula vitrea stecken, ohne sie perforirt oder gereizt zu haben. Entfernung derselben, Listerverband, Heilung.

III. 17jähriges Mädchen. Verletzung durch einen Ziegelstein, Wunde am Tuber parietale rechts; kaum cerebrale Symptome, guter Verlauf. Nach 4 Wochen Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Somnolenz; Bewusstsein erhalten, Kopfschmerz. Die Sonde gelangt auf entblössten Knochen. Incision. Kreisförmige Depression eines in 3 Fragmente zersprungenen Stückes. Trepanation, Entfernung einer Menge von Knochenstückchen, Dura mater intact, mit Eiter bedeckt. Die cerebralen Erscheinungen verschwinden langsam, Fieber hält an. Es stossen sich fortwährend kleine Knochenpartikel ab, dann treten neue Symptome von Hirndruck auf, denen die Kranke 3 Monate nach der Operation unterliegt. Keine Section. Vermuthung: Hirnabscess. A. von Winiwarter.

241. Vollständige Exstirpation des Kehlkopfes, Tod nach 14 Tagen. Von Prof. Dr. H. Maas (Breslau.) (Arch. f. klin. Chirurg. XIX. B. 3. Heft. pag. 507.)

Digitized by Google

242. Resection des Kehlkopfes bei Laryngostenose. Von Prof. Dr. C. Heine (Prag). (Ibid. pag. 514.)

Maas hat die 3. von den acht bis jetzt bekannt gewordenen totalen Kehlkopfexstirpationen ausgeführt. Ein 57jähriger Mann erkrankte unter den Erscheinungen von Heiserkeit und stetig zunehmendem Druck im Halse. Die Untersuchung ergab einen von der rechten Seite des Larynx ausgehenden, schnell wachsenden harten Tumor, der sehr bald das Schlingen erschwerte und eine solche Laryngostenose herbeiführte, dass die Tracheotomie gemacht werden musste. Die Respiration war nun allerdings wieder frei, allein durch das Wachsthum der Geschwulst wurde der Oesophagus so comprimirt, dass die Nahrungsaufnahme unmöglich wurde. Heftige, nicht zu stillende Schmerzen hatten den Kranken nebstbei so herunter gebracht, dass die Exstirpation des Kehlkopfes zu einer eigentlichen Indicatio vitalis wurde. Um das Einfliessen von Blut in die Trachea zu verhindern, wurde der Kranke mit herabhängendem Kopfe gelagert und der Schildknorpel nun in der Medianlinie freigelegt. Nach Eröffnung des Kehlkopfes mittelst der Listonschen Knochenzange ergab sich, dass die Geschwulst die Knorpel zum Theil überwachsen, zum Theil durchbrochen hatte, so dass eine Entfernung derselben nur mittelst der totalen Exstirpation des Kehlkopfes denkbar erschien. Nach Freilegung der Seitentheile schnitt M. entgegen der Vorschrift Billroth's zuerst von oben die Ligg. hyothyreoidea und thyreoepiglotica durch, trennte den Larynx vom Oesophagus, klappte ihn nach vorwärts und schnitt die Trachea unterhalb des Ringknorpels durch. Es war kein Blut in die Trachea geflossen; 12 Unterbindungen, Wunde mit Baumwolle ausgestopft; Ernährung hauptsächlich durch Fleischclystiere. Später wurde von der Wunde aus ein elastisches Rohr in die Speiseröhre bis fast an die Cardia geführt und in dieser Lage fixirt, worauf die Nahrung durch dieselbe eingegossen wurde. Am Abende des 12. Tages nach der Operation trat ein Schüttelfrost auf, die oben bestehende Bronchitis nahm zu, es entwickelte sich eine Pneumonie, am 14. Tage starb der Kranke ganz plötzlich und unerwartet. Keine Section. Die Untersuchung der Geschwulst ergab ein Adenoma fibrosum mit deutlichem Uebergang in Carcinom.

Heine hat den Gedanken der Resection des Kehlkopfes gefasst, in der Absicht, unheilbare Störungen in der Permeabilität des Organes, durch welche Dyspnoë und Verlust der Stimme gegeben ist, durch Entfernung der verengten Partie zu beheben und zugleich durch Einlegen eines künstlichen Kehlkopfes einen Ersatz für die verlorene Stimme zu ermöglichen. Es gibt bekanntlich Stricturen, welche unheilbar sind, namentlich kommen solche im Gefolge syphilitischer Erkrankungen mit Necrose der Kehlkopfknorpel und durch übermässige Dickenzunahme der Knorpelwandungen in Folge hyperplastischer Entzündungen zu Stande. Kranke dieser Art sind gezwungen, Zeitlebens eine Trachealcanüle zu

Digitized by Google

tragen, und sind absolut der Stimme beraubt, selbst die Flüsterstimme fehlt ihnen. Nach Exstirpation oder partieller Resection des Kehlkopfes kann vor allem der Kranke wieder durch den Mund, beziehungsweise durch die Nase athmen; er kann ohne Apparat mit der Flüsterstimme und mittelst eines künstlichen Kehlkopfes mit lauter und vernehmlicher Stimme sprechen. Der von H. operirte Fall betrifft einen jetzt 35jährigen Mann, der seit seinem 17. Lebensjahre an allmälig zunehmender Heiserkeit litt, verbunden mit dyspnoischen Anfällen, weswegen schon im Jahre 1862 die Tracheotomie gemacht werden musste. Der Zustand wechselte, wurde aber im Allgemeinen immer schlechter, so dass im December 1874 eine hochgradige Larynxstenose constatirt wurde; in der Höhe der Stimmritze war die Kehlkopfhöhle auf eine stecknadelkopfgrosse Oeffnung verdünnt, die sich in einen engen Canal fortsetzte; Respiration mühsam (durch die Canüle), Stimme kaum vernehmbar. Schlechter Allgemeinzustand. Die Diagnose lautete auf sklerosirende Chondro-Perichondritis mit unbekannter Aetiologie. Die Operation wurde in folgender Weise ausgeführt: Erweiterung der Trachealfistel nach oben und unten, Abtragung der Schleimhautwucherungen in der Trachea; Einlegung der Trendelenburg'schen Tamponcanüle; Blosslegung des Kehlkopfes und Spaltung der fest verwachsenen und ungemein harten Schildknorpel in der Mittellinie. Nun wurde das äussere Perichondrium nach beiden Seiten hin mit dem Raspatorium von den Knorpeln abgelöst und die letzteren durch je einen von oben nach unten verlaufenden Schnitt abgetragen. Die hintere Kehlkopfwand blieb erhalten, die Höhle war so weit, dass schon am 5. Tage nach der Operation der künstliche Kehlkopf eingeführt werden konnte. Der Verlauf nach der Operation war sehr günstig, nach der 5. Woche konnte der Pat. sowohl feste als flüssige Nahrung schlingen, ohne etwas durch die Wunde zu verlieren; die Sprache wurde durch Einsetzung des etwas veränderten Gussenbauer'schen künstlichen Kehlkopfes sehr deutlich, die Stimme von angenehmem tiefen Klang. — 10 Monate nach der Operation trat ein neue Geschwürsbildung am Kehlkopfseingang auf, zugleich eine Lungeninfiltration, welcher der Kranke erlag. Die Section klärte den Krankheitsprocess vollständig auf, indem sie zweifellose Syphilis (Knoten in der Leber, syphil. Geschwür im Kehlkopf) nachwies, welcher sich später tuberculöse Infiltration der Lungen, Tuberculose der Nieren und der Lymphdrüsen zugesellte. H. spricht schliesslich die Vermuthung aus, dass es nach der Resection des Kehlkopfs gelingen müsse, eine Wiederverengerung gänzlich zu vermeiden, und dass man, mit Verzichtleistung auf die künstliche Stimme es wagen könne, die Laryngotrachealwunde durch eine plastische Operation zu schliessen. A. von Winiwarter.

243. Ueber den Mechanismus der Brucheinklemmung. Von Prof. Dr. W. Busch. (Arch. f. klin. Chirurgie XIX. Band, 1. Heft.)

244. Die elastische und die Koth-Einklemmung. Von Dr. H. Lossen. (Ibid.)

Digitized by Google

Die beiden Mittheilungen, Vorträge, die am IV. Congress der Deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie gehalten worden, bilden eine Fortsetzung der Discussion über Brucheinklemmung, über deren bisherigen Verlauf in Jahrgang 1875 der „Rundschau" referirt wurde, welches Referat ich den Leser zum besseren Verständniss des Folgenden durchzusehen bitte.

Busch hält seinen früher ausgesprochenen Satz aufrecht: der Verschluss am abführenden Schenkel der Schlinge kommt durch Abknickung des Darmrohres am Rande der Bruchpforte (respective des experimentell verwendeten Ringes) zu Stande. Nach hydrostatischen Gesetzen ist der Druck, welchen eine Flüssigkeit im geschlossenen Raume ausübt, der gleiche gegen alle Oberflächeneinheiten, auf verschiedene Abschnitte der Oberfläche proportional der Grösse der Oberfläche. Bringt man nun in ein gekrümmtes Rohr (die Darmschlinge) Flüssigkeit, so ist der Druck auf die Oberflächeneinheit wohl überall der gleiche, da aber von 2 concentrischen Flächen die äussere mehr Oberfläche hat als die innere, so wird auf die erstere der Druck stärker einwirken, die Röhre wird sich strecken, oder wenigstens zu strecken suchen; hiedurch kommt an der durch einen Ring gezogenen Darmschlinge die Abknickung zu Stande, welche den Verschluss bewirkt. Auf alle Einzelheiten der Polemik Busch's gegen Lossen einzugehen, ist unmöglich; es genüge anzuführen, dass B. in Betreff der rationellsten Taxis die seitlichen Bewegungen nach verschiedenen Richtungen empfiehlt, um den geknickten abführenden Schenkel zu strecken oder physikalisch ausgedrückt, den Ueberdruck, der auf der äusseren Fläche der Schlinge lastet, dadurch, dass aus dem gekrümmten Rohre ein gerades wird, zu entfernen und auf diese Weise den Verschluss zu beseitigen.

Lossen scheidet vor Allem eine Form der Einklemmung, wie sie am Lebenden vorkommt, unter dem Namen der elastischen Einklemmung und alles was sich auf dieselbe bezieht, vollständig aus der Discussion aus; er sagt, seine Theorie habe niemals die elastische Einklemmung erklären wollen, sondern sie sei einzig und allein auf die Kotheinklemmung gerichtet gewesen, d. h. auf jene Form der Incarceration, welche zu Stande kommt durch plötzlich von oben in die Bruchschlinge herabrückenden Koth, der sich selbst das abführende Darmstück verschliesst. Auf welche Weise dieser Verschluss zu Stande komme, das sei nun eben von verschiedenen Autoren auf verschiedene Weise zu erklären versucht worden. L. wendet sich hauptsächlich gegen die Einwände Roser's, der das Zustandekommen des Verschlusses erklärt hatte durch das Eindrängen eines Keiles vom Mesenterium, der in dem Masse dicker wird, als die Schlinge mehr gefüllt wird. Es käme hiebei zu einem Verschlusse beider Bruchschenkel, des zuführenden und des abführenden. Ein solcher Vorgang, sagt L., käme allerdings zuweilen beim Experimente vor; am Lebenden könne man ihn nur in zwei denkbaren Fällen zugeben: 1. Eine einmalige heftige peristaltische Bewegung oder die plötzlich wirkende Bauchpresse

Digitized by Google

treibt in eine frisch vorgefallene Schlinge etwas Darminhalt; die durch die elastische Einklemmung oedematös gewordenen Darmenden gestatten weder ein weiteres Eindringen noch ein Austreten von Koth, in der Schlinge entwickeln sich Darmgase, blähen dieselbe und ziehen am abführenden Schenkel so viel Mesenterium heraus, dass die Verkeilung eintritt. 2. Eine vorgefallene Schlinge wird durch eine peristaltische Bewegung gefüllt; ehe sich durch weitere Verschiebung der Kothsäule die Communication wieder herstellen kann, wird die Verkeilung durch Compressionstaxis oder directen Zug erzeugt. Beide Fälle können vorkommen, sind aber gewiss selten; für die meisten Fälle hält L. seine Erklärung aufrecht, dass der Verschluss des abführenden Schenkels durch Compression (Blähung) von Seite des zuführenden Schenkels zu Stande komme. Auf die Einwände Bidder's (vergl. das Referat „Rundschau" 1875), die nach der Ansicht des Ref. gerade die schwerwiegendsten sind, geht Lossen nicht ein. In Bezug auf die einzelnen Versuche Lossen's und Busch's muss auf die Originalaufsätze verwiesen werden.

A. von Winiwarter.

245. Beiträge zur Mechanik der Gelenke. Von Ch. Aeby. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. VI. B. P. 354.)

I. Ueber Form und Mechanik des Schultergelenkes beim Menschen. Mit Hilfe einer genaue Messungen erlaubenden Methode (deren Details — Abdrücken der Gelenkflächen in Wachs — im Originale nachzusehen sind) prüfte A. die Natur der Krümmungsfläche, welche bis jetzt allgemein als Abschnitt einer reinen Kugelfläche gegolten hat. Einfache Gelenke im Allgemeinen sind hinreichend genau bestimmt durch zwei rechtwinkelig gegen einander durch den Scheitelpunkt gelegte Linien; für das Schultergelenk liegt die eine dieser Linien vertical (Aequator), die andere horizontal (Meridian). Nach einer grossen Reihe von Messungen ist nun die Pfanne des Schultergelenkes als Abschnitt einer Kugelfläche anzusehen; der Kopf des Oberarmbeines ist dies nur ausnahmsweise. Fast immer rollt sich die Gelenkoberfläche desselben nach der Richtung ihres Meridianes gegen die Ränder zu stärker ein, so dass dadurch die Form eines in horizontaler Richtung den Rändern entlang zusammengedrückten Kugelabschnittes resultirt, es können also die beiden Gelenkflächen nur so lange als vollkommen congruent gelten, respective einander vollständig anliegen, als der mittlere Theil des Kopfes der Pfanne gegenüber steht. Die Veränderung der Kugelform des Kopfes hält Aeby für eine nachträglich durch Muskelwirkung zu Stande gekommene Umformung der ursprünglichen Anlage. Der Hauptdrehpunkt des Schultergelenkes liegt nicht genau in der Verlängerung der Längsaxe des Oberarms, sondern etwas medial von derselben.

II. Die normale Umformung des Schulter- und des Hüft-Gelenkes beim Menschen und bei den Säugethieren.

Digitized by Google

Die specifischen Formen dieser Gelenke verdanken ihre Entstehung der Einwirkung der Musculatur auf eine gemeinsame Grundform — hervorgebracht theils durch Abschleifung der übereinander sich verschiebenden Gelenkflächen, theils durch den unmittelbaren Druck direct auf die freiliegenden Theile des Kopfes. Diese Umformung beginnt bereits im Fötalleben. Immer (ausgenommen eine einzige Affengattung) ist der Kopf des Oberschenkels weniger umfangreich als der des Oberarms.

III. Ueber die Bedeutung des Luftdruckes für den Mechanismus der Gelenke. Dieser Abschnitt ist bereits zum Theil Gegenstand einer vorläufigen Mittheilung gewesen.

Bekanntlich hat A. gefunden, dass an allen Gelenken des menschlichen Körpers (nicht blos am Hüftgelenk) die Gelenkflächen allein durch die Wirkung des Luftdruckes nach Durchschneidung sämmtlicher Weichtheile inclusive der Kapsel miteinander in Contact bleiben, selbst wenn eine verhältnissmässig bedeutende Gewalt sie von einander zu trennen sucht. Die Erhaltung der Weichtheile und die Molecularattraction der Gelenkflächen kommt bei dem Aneinanderschliessen gar nicht in Betracht. Es ist der hermetische Schluss der Kapsel gar nicht nothwendig, damit die Wirkung des Luftdruckes zu Stande komme, nur muss man (mit Ausnahme von Schulter- und Hüftgelenk) einen beweglichen Kapselsaum an der Pfanne erhalten und denselben sorgfältig an den Kopf andrücken, und es gelingt, einen beliebigen, exarticulirten Abschnitt der Gliedmassen frei schwebend zu erhalten. Es erreichte übrigens bei den Versuchen nur das Hüftgelenk den theoretisch berechneten Werth des Luftdruckes, die übrigen Gelenke blieben um mindestens die Hälfte hinter demselben zurück. Trotzdem reicht diese Kraft hin, um jede Beeinträchtigung der Gelenke durch Sinken des atmosphärischen Druckes (etwa auf hohen Bergen) unmöglich zu machen; es ist zweifelhaft, ob selbst auf den höchsten Bergen unserer Erde in dieser Beziehung eine Functionsbehinderung gegeben werden könnte. Die näheren Details, namentlich diejenigen mathematischer und physikalischer Natur, mögen im Originale dieser interessanten Arbeit nachgesehen werden. A. von Winiwarter.

246. Die subperiostale Exstirpation des Calcaneus. Von Ollier. (Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie 1876.)

In einem Vortrage, den O. in der „Academie de médecine" hielt, kam er in Bezug der subperiostalen Resection des Calcaneus zum Schlusse, dass, wenn dieselbe methodisch ausgeführt wird, der Knochen bei jungen Individuen sich wieder vollkommen regenerirt, und diese Regeneration genügend ist, sowohl für die Stütze des Talus, als für die Configuration des ganzen Fusses. — In Bezug der Indicationen für diese Operation will er dieselbe nur dann ausgeführt wissen, wenn der ganze Calcaneus entzündet ist und die Entzündung auch auf die benachbarten Knochen sich ausbreitet. — Allzu tiefe Zerstörungen des betreffenden Knochens

Digitized by Google

sind eine gleiche Contraindication wie die nur geringfügigen Ostitisformen.

Gosselin wundert sich, dass Ollier so häufig Veranlassung hatte, bei diesen Ostitiden des Calcaneus oder Astragalus chirurgisch einzugreifen. Er wünscht zu wissen, ob die Eiterung in den operativen Fällen allgemein war, oberflächlich oder interstitiell, ferner, ob Ollier nicht auch nebst dem Periost noch eine Knochenschichte zurückgelassen hat, um die Regeneration zu befördern, und endlich, in welchem Zustande die Gelenke nach der Operation waren?

Ollier erwiderte: Wenn er eine sehr grosse Zahl von Calcaneuserkrankungen gesehen habe, so ist dies deshalb, weil er sie suche und man sie ihm sende. Trotzdem habe er unter 100 Fällen nur 5 für die Resection geeignet gefunden. — Das Periost habe er rein abgelöst und keine Knochenlamelle mitgenommen. Wölfler.

247. Eine Anlegung einer Magenfistel. Von Dr. Girerd. (Rev. de méd. et de pharm. de l'empire ottoman. 1876.)

Im Eingange bespricht der Verf. die Resultate, zu denen Prof. Sédillot durch eingehende chirurgisch-anatomische Studien über diese Operation gekommen ist. Diesen zufolge entspricht die äussere Magenfläche den linken falschen Rippen, derart, dass man gerade auf die görsste Curvatur gelangt, wenn man in der linken Hälfte einer Linie einschneidet, die die Knorpel der neunten Rippe miteinander verbindet. In dieser Gegend stösst man nur auf schwache Anastomasen der epigastrica und mammaria interna, sowie auf Intercostaläste. Zur schnellen Orientirung am Kranken gibt Sédillot an, der Knorpel der 9. Rippe liege unmittelbar über der ersten Vertiefung, der man, dem Stande der falschen Rippen nach aufwärts folgend, begegnet. Nach abwärts ist diese Vertiefung begrenzt durch den sehr beweglichen Knorpel der 10. Rippe. Nach diesen Angaben nun hat Prof. Verneuil zum ersten Male die Gastrotomie wegen impermeabler Strictur des Oesophagus gemacht. Sämmtliche Instrumente und Schwämme lagen in 5% Carbollösung, in der sich auch alle Betheiligten die Hände wuschen. Carbolspray wurde während der ganzen Operation gemacht. Der Schnitt ging längs des Knorpelrandes der linken Rippen, 5 Cent. lang. Nach Durchtrennung aller Schichten zeigte sich die rein weisse Magenwand. Nun zog Verneuil eine Falte derselben in die Wunde, legte durch die Ränder der Peritonealwunde und dieser Falte im Ganzen 14 Fadenschlingen, die er durch je ein Bleiröhrchen zog und über einem Hemdknopf befestigte. Hierauf eröffnete er die Magenwand, die beträchtlich dick war, und deren frühere Weisse seit Einführung der Fadenschlingen einer entzündlichen Färbung gewichen war; sodann führte er eine rothe Kautschuksonde 7—8 Cmt. lang in die Magenöffnung und befestigte sie in derselben durch Silberdraht. Der Schnitt in die Magenwand hatte eine ziemlich heftige Blutung zur

Digitized by Google

Folge gehabt, die durch pinces hémostatiques gestillt wurde. — Eine Stunde nach der Operation wurden 200 grm. Milch injizirt, nach weiteren 5 Stunden 100 grm., und endlich ebensoviel um Mitternacht. Diese letztere verursachte dem Pat. heftige Brechbewegungen, die aber sofort schwanden, als man 20—30 grm. aus dem Magen herausliess. Diese Milch war schon coagulirt. Weiter ging Alles gut, und am 4. August hat sich Pat. schon sichtlich erholt. Der durch die Nähte etwas gezerrte Rand der Magenwand war zwar bald gangränös geworden, aber die Reinigung der Wunde ging schnell vorwärts. Zur Schonung der Wundränder wurden dieselben mit einer dünnen Kautschuklage belegt. Am 10. December hat sich der Kranke schon vollständig restaurirt, trägt eine grosse Sonde für beständig in seiner Fistel, die rund und mit einem kleinen Saum von Magenschleimhaut überzogen ist. Er injicirt sich selbst Purée, gehacktes Fleisch, Gemüse etc. Er unterscheidet bei diesen Injectionen nur kalt und warm, hat aber gar keine Geschmacksempfindung, wohl aber läuft ihm sogleich der Speichel im Munde zusammen, den er, da er ihn nicht schlucken kann, sogleich ausspucken muss. Bei dieser Nahrung hat er vom 18. August bis zum 14. September um 10 Pfd. zugenommen. In seiner Schlussbetrachtung kömmt Verf. darauf zu sprechen, dass dieser Fall darum von besonderem physiologischen Interesse sein kann, weil der Magensaft infolge der impermeablen Oesophagusstrictur frei von Speichel aus den oberen Partien des Dauunstractes ist. Verf. schlägt endlich als vorzüglich interessante, an diesem Pat. zu studirende Fragen folgende vor: 1. Welchen Einfluss hat der Schlaf auf die Magenverdauung? 2. Von welcher semiotischen Bedeutung kann der Zustand der Zungenschleimhaut bezüglich jenes der Magenschleimhaut sein? 3. Welchen Einfluss haben die verschiedenen Geschmackseindrücke auf die Production des Magensaftes? 4. Welchen Einfluss hat der Magensaft auf die Verdauung von amylumhältigen Stoffen und anderen Nahrungsmitteln? 5. Wäre es interessant zu wissen, welchen Einfluss gewisse Medicamente auf die Magenschleimhaut haben? Zum Schlusse wirft Verf. noch die Frage auf, ob es nicht thunlich wäre, die Galvanocaustik, wie sie bei Harnröhrenstricturen im Gebrauche ist, auch bei Verengerungen des Oesophagus in Anwendung zu bringen? von Buschmann.

248. Ueber die Pathologie und operative Behandlung des Hüftgelenkes. Von Th. Annandale. (Edinburgh 1876.) (Deutsche Zeitschrift für prakt. Medicin Nr. 34, 1876.)

Der Verf. hat in einem eigenen Werke seine Erfahrungen und die anderer Autoren über die Erkrankungsweise und Behandlung der chronischen Coxitis zusammengestellt.

Wenn wir die mannigfachen pathologischen Zustände, in welchen sich der Femurkopf, das Acetabulum und die Gelenkbänder je nach dem Entwickelungsgrade der Erkrankung befinden können, übergehen, weil

Digitized by Google

wir dabei keinen neuen Thatsachen begegnen, so gelangen wir zum 2. Capitel des Buches, das in extenso von den operativen Eingriffen handelt. — Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Resection im Hüftgelenke ist indicirt bei Eiterung und Zerstörung desselben, wenn das Allgemeinbefinden noch gut ist.

2. Die Operation ist bei Kindern erfolgreicher als bei Erwachsenen.

3. Die Gebrauchsfähigkeit ist nach der Resection im Falle der Ausheilung grösser als nach der spontanen Heilung.

4. Auch wenn die Pfanne oberflächlich zerstört ist, darf noch resecirt werden, — ja selbst bei ausgedehnter Pfannenerkrankung ist die Resection der Pfanne indicirt.

Von 22 Resecirten, welche unter der Behandlung des Verf. standen, genasen 14 vollständig mit brauchbaren, beweglichen Beinen, 3 wurden ausgeheilt, starben aber in den ersten 18 Monaten nach der Operation in Folge von Unterleibserkrankungen, 5 starben 2 bis 15 Monate nach der Operation an den combin. Folgen der Operation und der Complicationen von Seite der Eingeweide.

Diese relativ guten Erfolge verdankt der Verfasser der antiseptischen Nachbehandlung und den frühzeitigen, operativen Eingriffen (eine Zusammenstellung der antiseptischen und nichtantiseptischen Behandlungsweise spricht für die Erfolge der ersteren).

Verf. empfiehlt bei beginnender Eiterung sogleich eine Incision mit antiseptischen Cautelen zu machen, und wenn der Knochen erkrankt ist, dann gleich die Resection im Halse oder unter dem grossen Trochanter vorzunehmen. — Ausgiebige Drainage und tiefe Nähte behufs Vereinigung der Wundränder helfen den Erfolg sichern. — Dann wird der Pat. entweder einfach gelagert oder die permanente Extension angewendet.

Die Heilungsdauer betrug durchschnittlich 4—5 Monate, die Verkürzung 2—3 Zoll. Wölfler.

249. Das verzweigte Aneurysma am Kopfe. Von Prof. Dr. Wernher (Giessen). (Berl. klin. Wochensch. 1876 Nr. 13.)

Verfasser theilt 2 Fälle von Aneurysma am Kopfe mit, die durch Excision geheilt wurden. Der eine Fall betrifft ein 23jähriges Mädchen, das seit seiner Geburt eine kleine Teleangiectasie in der linken Stirngegend hat, die jedoch erst von ihrem 19. Jahre zu wachsen anfing und nach und nach die Grösse des jetzt bestehenden apfelgrossen pulsirenden Tumors erreichte. Zu dem Tumor sieht man viele synchronische, mit der Herzsystole pulsirende, oberflächlich gelegene Gefässe hinziehen, welche anscheinend Arterien und zwar Zweige der Temporalis und Frontalis sind. Nachdem der Tumor durch Compression des grössten Theils seines Inhaltes entleert ist, wird er zu einer möglichst hohen Falte aufgehoben und unter derselben mit einer festen Klammerzange gefasst. Dann werden 2 starke Insectennadeln unter der Klammer durchgeführt und mit Fäden

Digitized by Google

leicht umschlungen. Hierauf wird der ganze Tumor mit 2 halbrunden Schnitten unter der Klammer excidirt. Da die Blutung beträchtlich ist, werden die Schlingen um die Insectennadeln fest angezogen und, weil es nicht gelingt, die zahlreichen spritzenden Gefässe isolirt zu unterbinden, noch mehrere Knopf- und umschlungene Nähte angelegt, worauf die Blutung steht. Die Heilung tritt nicht per primam, aber nach 3 Wochen ohne weitere Zwischenfälle ein. Nach Exstirpation des Tumors hören alle Gefässe rings um den Tumor zu pulsiren auf und sind schon den darauffolgenden Tag gar nicht mehr sichtbar. Das sowie die Untersuchung des Tumors ergibt, dass die für blutzuführende Arterien gehaltenen Gefässe Venen sind, in die sich die Pulsation des Blutsackes fortgepflanzt hat. In dieser Beziehung hat der mitgetheilte Fall viele Aehnlichkeit mit einem Fall von Aneurysma per anastomosim, das seine Entstehung einer Verletzung der Arteria maxillaris externa verdankt. Der Kranke hatte sich am Unterkiefer mittelst eines Beiles verletzt, worauf alsbald eine starke arterielle Blutung auftrat. Die Wunde heilte übrigens per primam. Nach 14 Tage bemerkte Patient einen kleinen Tumor unter der Narbe, welcher sich im Verlaufe zweier Jahre vergrösserte und von welchem viele über den Nasenrücken und gegen den Augenwinkel und die Stirne ausbreitende Gefässe abgingen. Der Ausbreitung und oberflächlichen Lage nach Venen, was übrigens dadurch noch eine Bestätigung fand, dass die Pulsation in denselben gegen die Peripherie zu abnahm und auf Compression des Tumors vollkommen aufhörte. Der Tumor wurde auf dieselbe beim ersten Falle angegebene Weise excidirt. Der erste mitgetheilte Fall ist insoferne von Interesse, als er zeigt, dass nicht alle Fälle von Aneurysma racemosum rein arterieller Natur sind, sondern dass Fälle vorkommen, wo mit dem Tumor zusammenhängende Venen zu pulsiren anfangen und einen vollkommen arterienähnlichen Habitus bekommen. Für die Therapie ist dies insoferne wichtig, als alle Methoden, die auf die Unterbindung und Excision der scheinbaren Arterien beruhen, zwecklos sind, wogegen die Exstirpation des Tumors allein von Erfolg sein kann. A. von Winiwarter.

250. Ein Fall von primärer infectiöser Osteomyelitis. Von Dr. Friedmann. (Berliner Klin. Wochenschr. 1876.)

Der mitgetheilte Fall betrifft einen 11jährigen bis dahin gesunden Knaben, der beim Turnen gefallen und darauf durch einige Tage über Schmerz im Bein geklagt haben soll. Mehrere Wochen nachher bekam er starke Schmerzen im linken Oberschenkel und Knie und musste sich zu Bett legen. Die Schmerzen nahmen an Intensität zu und es trat auch eine kleine Anschwellung in der linken Leistenbeuge auf. Nach 5 Tagen stellte sich sehr hohes, continuirlich andauerndes Fieber und benommenes Sensorium ein. Ueberdies entwickelte sich schnell eine doppelseitige Parotitis und eine Anschwellung der linken Submaxillardrüse. Milzver-

Digitized by Google

grösserung sowie Darmerscheinungen fehlten. In den weiteren Tagen traten auch noch leichte Schwellungen des linken Oberschenkels, sowie beider Kniegelenke und kleine Abscesse in der Haut des Abdomens auf. Obwohl der Patient ganz unbesinnlich dahinlag, war die Schmerzhaftigkeit der Diaphyse des linken Femur stets vorhanden und genau localisirt. 7 Tage nach dem Auftreten des Fiebers trat unter andauerndem Coma der Tod ein. Die noch kurz vor dem Tode gestellte Diagnose auf infective Osteomyelitis nach Lücke wurde durch die Section vollkommen bestätigt. Das gesammte Mark des linken Femur fand sich im Zustande der eitrigen Infiltration, ferner war beginnende Epiphysenlösung am Caput femoris und am Trochanter major vorhanden. Das Periost des Femur war an mehreren Stellen durch Eiter abgehoben; im linken Hüft- und im rechten Kniegelenke war Eiter angesammelt; ferner fand sich jauchige Pericarditis und Pleuritis, Myocarditis und Hepatisation in den Unterlappen beider Lungen. Die Untersuchung des Eiters im Marke und des unter dem Perioste angesammelten ergab keine Bacterien. Das ganze Krankheitsbild hat viele Aehnlichkeit mit dem des Typhus, und ist bei der Seltenheit dieser Fälle die Unterscheidung nicht ganz leicht.

A. von Winiwarter.

251. Fungus der Dura mater. Von James F. West. (Lancet, 1876.)

Eine 40jährige Frau erkrankte unter heftigem Kopfschmerz und Anschwellungen, drei an der Zahl, im Bereich der beiden Ossa temporalia und des Os parietale dextr. welche von einem Arzte incidirt wurden, wobei sich Eiter entleerte. Die Fisteln blieben eiternd, 6 Wochen später stiessen sich nekrotische Knochenstücke ab, andere wurden künstlich entfernt und es kam eine weiche Masse zum Vorschein, die für eine Hernia cerebri hätte imponiren können, bei näherer Untersuchung aber sah man, dass sie von der Dura mater ausging und den Knochen durchbohrt hatte. Durch leichte Compression gelang es, die Wunde zum Verschlusse zu bringen. Allein sehr bald traten Hirnsymptome (Krämpfe, Lähmungen, Verlust der Sprache und des Bewusstseins) auf, unter denen der tödtliche Ausgang (1 Monat und etwas darüber seit der Entfernung der nekrotischen Stücke) eintrat. Die Section ergab 3—4 harte Knoten in der Dura mater, einen leichten Eindruck auf die Rückensubstanz der Grossgehirnhemisphäre ausübend. Der Knochen war durch Absumption langsam aufgezehrt worden. Einige ähnliche Knoten fanden sich in der Leber. Keine Spur einer Meningitis oder Encephalitis. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Structur eines Carcinoms, ebenso waren die Knoten in der Leber beschaffen. W. hält das gleichzeitige Vorkommen von Carcinom in einem anderen Organe für ein Unicum. (Ob das Ganze nicht als ein Product der Syphilis anzusehen ist, obwohl sonstige Zeichen fehlen? Ref.) A. von Winiwarter.

252. Eingeklemmte Hernie. Reduction nach der amerikanischen Methode. Von Dr. Bonnemaison. (Bulletin général de Thérapeutique) Tome XC, 8 Livr.)

Ein dreiundvierzigjähriger Mann hat seit seiner Jugend eine grosse rechtsseitige Leistenhernie und trug nie ein Bruchband. Am 1. December

Digitized by Google

1874 bekommt Patient heftige Schmerzen in der Leistengegend und ist trotz wiederholter Taxisversuche nicht im Stande, die vergrösserte Hernie zurückzubringen. Am Abend tritt heftiges Fieber und Erbrechen ein. Stuhl und Winde sind angehalten. Am 2. December constatirte Verfasser die Einklemmung und nahm umsonst wiederholte Taxisversuche vor. Da gegen den Abend Koth-Erbrechen eintritt, soll Patient zum Zwecke der Herniotomie in das Spital aufgenommen werden.

Am 3. December Steigerung der Einklemmungs-Erscheinungen. Patient verweigert die Operation. Als letztes Hilfsmittel wird vom Verf. die sog. amerikanische Methode versucht. Die unteren Extremitäten werden in der Hüfte gebeugt und gegen die Schultern geschlagen, wo sie durch einen Gehilfen fest fixirt werden. Dadurch wird die Wirbelsäule auf's Aeusserste gebeugt und die Bauchdecken stark relaxirt. Abermalige Taxisversuche führen langsam zum Ziele. Einklemmungs-Erscheinungen schwinden und 7 Tage darauf kann Patient wieder seiner Beschäftigung nachgaben. A. von Winiwarter

253. Bruch einer Rippe durch einen Hustenstoss. Von Dr. Gilette. (L'Union médicale Nr. 75, 1876.)

Der Verf. konnte bei einem Maler, der an hochgradiger Lungentuberculose litt, einen vollständigen Bruch der linken 11. Rippe constatiren, der durch einen Hustenstoss, ohne dass besondere subjective Symptome bei dem Patienten zu bemerken gewesen wären, erfolgte.

Die Section bestätigte die Diagnose.

Indem Verf. die in der Literatur erwähnten, in Folge einer heftigen Muskelaction entstandenen Fracturen zusammenstellt, macht er zugleich darauf aufmerksam, dass die Aetiologie dieser spontanen Brüche enge verknüpft ist mit den constitutionellen Erkrankungen der betreffenden Individuen, wie mit Syphilis, Scrophulose etc.

Als ein bisher unerwähntes, causales Moment hebt er die Bleiintoxication hervor, welche in gleicher Weise eine grössere oder geringere Fragilität der Knochen bedingt; so berichtet er von einem Anstreicher, der mit Bleifarben zu thun hatte, und welcher während seines Lebens 18 (!) Fracturen bereits erlitten hatte.

G. glaubt, dass man durch fernere nekroskopische Befunde bei der chronischen Bleivergiftung eine allgemeine Atrophie des Skelettes leicht constatiren werde können. Wölfler.

254. Exstirpation des Os cuboideum bei angeborenem Klumpfuss. Von Dr. W. J. Little. (Brit. med. Journ. 1876.)

Der Verf., der bereits im J. 1853 die Operation für die Cur inveterirter Klumpfüsse empfohlen hat, wendet sich gegen die Generalisirung dieses Verfahrens, wie sie Richard Davy vertheidigt. Das Os cuboid. soll nur dann exstirpirt werden, wenn auf gar keine andere Weise eine Wiederherstellung der natürlichen Gangart erzielt werden kann, d. h. bei

Digitized by Google

Leuten, die jahrelang auf ihren Klumpfüssen gegangen sind und deren Skelett vollkommen ausgebildet ist. Bei Kindern könne jeder Klumpfuss durch Manipulationen und geradrichtende Verbände, bisweilen nach Tenotomie der Achillessehne geheilt werden, aber man müsse die Cur anfangen, bevor das Kind zum Gehen kommt. Am besten beginnt man nach dem 9. Lebensmonat, die Cur ist gewöhnlich beendet, wenn das Kind 1 Jahr alt ist und die ersten Gehversuche macht.

Bei Kindern eine Exstirpation des Os cuboideum mit ihren Gefahren zu machen, sei vollständig überflüssig, es könne sogar die spätere Gangart verschlechtern. A. von Winiwarter.

255. Zur Casuistik der Magenfisteln. Von Dr. A. Ladendorf. (Centralbl. f. Chir. 1876, Nr. 48.)

Verf. berichtet über einen Fall von Magenfistel aus seiner Praxis. Abgesehen von einer äusserst mangelhaften Anamnese erfahren wir, dass Fr. Br., 49 Jahre alt, nebst ihrem Manne — was wohl nicht hieher gehört — eine arge Schnapstrinkerin gewesen sei. Vor unbekannter Zeit habe sie abortirt, und seither häufig an Krämpfen und Erbrechen gelitten. Auch seien Schmerzen in der reg. epigastr. aufgetreten. Dass dies besonders nach dem Genusse schwer verdaulicher Speisen aufgetreten sei, kann uns wohl nicht wundern. Ende October vorigen Jahres machte sich ein sehr schmerzhafter Tumor in der Magengegend bemerkbar, der am 18. November aufbrach und den Mageninhalt nach aussen entleerte. Der Fistelrand wurde von Gangrän befallen, und dieser erlag die Pat. am 4. Tage. Merkwürdig bei dem Falle ist ein constantes Sinken der Hauttemperatur bis 34°, während der Puls noch gegen Ende 128 schlug.

von Buschmann.

256. Das Thermo-Cautère des Dr. Paquelin. Von Prof. Dr. v. Mosetig-Moorhof in Wien. (Wiener med. Wochenschrift 1876.)

P. erfand einen Apparat, der das Glüheisen in vielen Beziehungen übertrifft und der den galvanocaustischen Apparat, dessen allgemeiner Anwendung der hohe Preis und die schwierige Handhabung entgegensteht, ersetzen soll.

Das leitende Princip des Dr. P. beruht auf der Erfahrung, dass Platinblech durch das Verbrennen eines Gemenges von atmosphärischer Luft und Kohlenwasserstoffgas zum Glühen gebracht werden kann.

Es musste demnach das P. Cauterium bestehen: 1. aus einem Instrumente, welches das verschieden geformte Platinblech, sei es in Form einer Messerklinge, oder knopfförmig, oder spitz, sicher trägt, und nebst einer Handhabe noch einen centralen Canal haben muss, durch welchen das Gasgemenge zum Platin dringt; 2. einem Richardson'schen Gebläse, welches die Gase zum Platininstrumente, dem eigentlichen Verbrennungsherde, pumpt, und 3. aus einer Flasche, in der das Gas-

Digitized by Google

gemenge producirt und durch 2 Metallröhren einerseits mit dem Gebläse, andererseits mit dem Platinhälter in Verbindung gesetzt wird.

In diesen Recipienten bringt man bis zu dessen Hälfte Petroläther, es entwickelt sich schon bei gewöhnlicher Temperatur darin Kohlenwasserstoff, der sammt der atmosphärischen Luft mittelst des Gebläses zum Platinbleche hingeleitet wird, wo die Verbrennung des Gases und Erhitzung des Platins sofort erfolgt, wenn man das Instrument zuvor der Hitze einer Spirituslampe ausgesetzt hat. — Wenngleich dieses Thermo-Cautère von dem galvanocaust. Apparat in mancher Beziehung übertroffen wird, so ist es dennoch nebst seiner Billigkeit (125 Francs) und leichteren Handhabung nach den Erfahrungen v. Mosetig's ein schnell wirkendes und ganz empfehlenswerthes Instrument. Wölfler.

257. 2 Operationen mit dem Thermo-Cauter nach Paquelin.

Von M. J. Boeckel. (Gaz. méd. de Strasbourg 1. Jänner 1877.)

M. W., 45 Jahre alt, zum 1. Male mit 15 Jahren und seither bis zum Vorjahre regelmässig menstruirt, ist Mutter von 7 Kindern und erfreut sich eines sehr gesunden Aussehens. Vor 2 Jahren bemerkte sie eine Geschwulst in der Scheide, gegen welche sie Sitzbäder in Anwendung zog. Als die Geschwulst jedoch wuchs, kam sie zu B. ins Spital. Hier bietet sich folgender Zustand: Die Scheide ist excoriirt, die rechte Nymphe von einem mit harten Rändern umgebenen Geschwüre vollständig zerstört.

Die Clitoris in eine eiternde blumenkohlartige Masse umgewandelt; die darunter ganz versteckte Harnröhre kann kaum aufgefunden werden. Auch an ihrem obern Rande sitzen Geschwüre. Von der linken Nymphe ist nur mehr das untere Viertel vorhanden. Die Vagina selbst ist intact. Die mikroskopische Untersuchung eines kleinen entfernten Stückchens ergibt die Diagnose: Cancroid.

Am 6. September 1876 wird in der Narkose der Pat. die Exstirpation vorgenommen. B. führt das Messer, während ein Gehilfe die Hitze-Regulirung besorgt; B. umschneidet nun die obere und rechte Seite des Tumors. Hierauf geht er nach links, wobei 2 Arterien spritzen. Der gesunde untere Theil der Nymphe wird erhalten.

Endlich wird nach Einlegung einer Sonde in die Blase der ganze Umfang des ostium urethrae cauterisirt. Das ganze Operationsfeld ist vollkommen trocken, von einem weissgrauen Schorfe bedeckt. Dauer der Operation 17 Minuten. Zwischen die Wundränder wird ein Tampon von Salicylwatta geschoben. Die Wunde ist 8 Cmt. hoch und 7 Cmt. breit. Die weitere Therapie bestand in fortgesetztem Einlegen obiger Tampons und Sitzbädern. Nach 8 Tagen war der Schorf weg, und die Heilung in 4 Wochen vollendet.

E. St., 74 Jahre alt, leidet seit mehreren Jahren an einem Krebse des rechten Ohres, welches bis zur Unkenntlichkeit verändert ist. Das Neoplasma hat trotz wiederholter Cauterisationen die ganze Ohrmuschel mit Ausnahme des Läppchens in seinen Bereich gezogen. Die Oberfläche des blumenkohlartigen Gewächses ist stark ulcerirt, graulich gefärbt. Der äussere Gehörgang dadurch vollständig maskirt; aus demselben entleert sich stinkende Jauche. Der Tumor erstreckt sich nach vorne auf die Wange, nach rückwärts scheint er dem Knochen zu adhäriren. Am 25. October umschneidet B. in der Narkose der Pat. den Tumor mit dem Paquelin'schen Messer, das bis zur dunkeln Rothglühhitze gebracht worden war. Auch hier wurden 3 spritzende Arterien durch das hämostatisch wirkende Glühmesser schnell zum Schweigen gebracht. Nachdem man noch den äusseren Gehör-

Digitized by Google

gang cauterisirt hatte, war die Operation in 9 Minuten beendigt. Die 7 Cmt. lange, $5^1/_2$ Cmt. breite Wunde in 18 Tagen geheilt. von Buschmann.

258. Verletzung der Art. axillaris durch einen Schuss. Aneurysma traumaticum. Ligatur der Subclavia. Amputation des Armes. Heilung. Von Dr. M. F. Ferrier. (Gaz. hebdomad. 1875, Nr. 50.)

Ein 21jähriger Mann verwundete sich in selbstmörderischer Absicht mittelst eines Revolverschusses derart, dass die Kugel die vordere Wand der linken Achselhöhle durchbohrte, unter dem Oberarmknochen vorbeiging und am Rücken unterhalb des Collum scapulae unter der Haut stecken blieb. Heftige arterielle Blutung, Lähmung und Verlust der Sensibilität des l. Armes. Man entfernt die Kugel und lässt den Arm ruhig liegen. Der Vorderarm wird oedematös, die Achselgegend schwillt immer mehr an, der Kranke fiebert heftig, hat neuralgische Schmerzen, der Puls ist links ungemein schwach. Diagnose: Zerreissung der Arteria axill. und wahrscheinlich einiger Aeste des Plexus brachialis. Am 5. Tage entwickelt sich ein sehr auffallendes, systolisches Rauschen über der Anschwellung in der Achselhöhle; alle übrigen Erscheinungen blieben unverändert. Compression, exspectative Behandlung, unter welcher das Aneurysma immer grösser wird. Am 15. Tage nach der Verletzung Schmerzen in allen Gelenken unter Fiebersteigerung, angeblich Gelenksrheumatismus, an welchem Pat. früher gelitten hat. Das Blut wühlt sich längs der Gefässscheide nach abwärts und erscheint in Form eines harten Stranges an der Innenseite des Oberarms; eine fluctuirende Anschwellung, immer grösser werdend, erscheint vor dem eigentlichen aneurysmatischen Sack, die Haut über derselben entzündet und verdünnt. Man hält sie für einen Abscess und punktirt sie, es kommt reines, himbeergeléeartiges Blut zum Vorschein. Der Puls in der Radialis links verschwindet, im Aneurysma scheint Gerinnselbildung aufzutreten, die Eintrittsöffnung des Schusscanals ist noch immer offen und eitert.

Die localen und allgemeinen Krankheitserscheinungen nehmen an Intensität zu, noch immer geschicht Nichts; bis endlich am 48. Tage nach der Verletzung auf den Rath Professor Lefort's eine Incision in die Geschwulst der Achselhöhle gemacht wird, in der Idee, einen Eiterherd zu eröffnen, es finden sich nur eine Menge schwarzer Blutgerinnsel und entfärbtes Serum. Man beschliesst endlich für den folgenden Tag die Unterbindung der Subclavia. Indessen tritt Nachts eine heftige arterielle Blutung aus der Wundhöhle ein, die den Kranken sehr schwächt. Die Ligatur der Subclavia oberhalb des Schlüsselbeines wurde ausgeführt, die Arterie einfach unterbunden und nicht durchschnitten. Indessen verjaucht der aneurysmatische Sack, weil die Entleerung der Gerinnsel aufgehoben wurde bis zum 3. Tage nach der Eröffnung. Derselbe hat sich unter den Deltoides, den Pectoral. major und den Subscapularis und Latissimus dorsi ausgebreitet, in ihm liegen die Gefässe und Nerven der Achselhöhle frei präparirt da. Desinficirende Einspritzungen, keine Drainage. Die Pulsation im Aneurysma hat aufgehört. Am 7. Tage nach der Unterbindung heftige arterielle Blutung aus der Ligaturwunde, die fast tödtlich wird und sich am folgenden Tage wiederholt.

Die Ligaturwundhöhle wird mit Schwammstücken, die in Ferrum sesquichloratum solut. getränkt sind, austamponirt (! Ref.). Es treten Zeichen von Gangrän des Armes auf; der Kranke ist in einem elenden Zustande, beide Wunden entleeren eitrig-jauchiges Secret; heftige Schmerzen im Arme. Der Allgemeinzustand bessert sich langsam bis zum Ende der 5. Woche nach der Unterbindung, zu welcher Zeit eine Thrombose der varicös erweiterten Vera saphena linkerseits bemerkt wird. Zahlreiche gangränöse Hautstellen am ganzen Arme, eine von ihnen hat in das Ellbogengelenk perforirt; die l. Clavicula ist zum Theil nekrotisch,

Digitized by Google

wahrscheinlich durch die Compression bei Stillung der Blutung (oder die Liquor ferri-Tampons. Ref.)

Nachdem also der grösste Theil der Hand gangränös ist, die Hautbedeckung eines noch grösseren Theiles abgeht, die Lähmung eine fast absolute ist, entschliesst man sich am Ende der 15. Woche nach der Verletzung, die hohe Oberarmamputation zu machen. Die Wundflächen werden wegen einer unbedeutenden Flächenblutung ebenso wie die Sägefläche des Knochens mit verdünntem Liquor ferri sesquichlor. bepinselt (! Ref.). Der Kranke fiebert noch 14 Tage, es stösst sich ein nekrotisches Knochenstück von der Clavicula, ein anderes vom Humerusstumpf ab, dann erfolgt ohne besondere Zwischenfälle die Reconvalescenz.

Die Erklärung des Zusammenhanges aller berichteten Erscheinungen, namentlich der Art der Arterienverletzung, es wurde nämlich bei der Amputation die Arter. brachialis durchgängig und bluthältig gefunden, fehlt in der Krankengeschichte. Diese selbst erinnert an die Wahrheit des alten Satzes, dass manche Menschen chirurgisch nicht umzubringen seien. A. von Winiwarter.

259. Fall von Dilatatio urethrae. Von Dr. E. Kurz in Tübingen. (Memorab. 21. Jahrg. 9. Heft.)

Eine puella publica, welche an vollständiger Incontinentia urinae litt, wurde auf der gynäk. Klinik in T. aufgenommen. Das Mädchen hatte eine so weite Urethra, dass der Zeigefinger dieselbe mit Leichtigkeit durchdrang. Der Scheideneingang war durch einen stark wallnussgrossen, von der vorderen Scheidenwand ausgehenden Tumor verlegt; derselbe überragt das Orificium urethrae und ist zu einem ganz kleinen Theile sichtbar, ohne dass die Labien auseinander gehalten werden. Er ist blauroth, sehr empfindlich, von ziemlich fester Consistenz mit kleinen Geschwüren und Excrescenzen bedeckt und besteht aus der verdickten und prolabirten vorderen Scheidenwand. Der Uterus steht etwas tiefer als normal und ist sehr beweglich. Die erweiterte Urethra ist bedeutend verkürzt und es findet sich nach links und hinten ein tiefer, zum Theil vernarbter, zum Theil geschwüriger Einriss, der beim Einlegen des Fingers schmerzhaft ist.

Die Erweiterung ist durch den Coitus erfolgt, indem die Immissio penis in die Scheide durch jenen Tumor, der früher grösser war, verhindert wurde, während gleichzeitig das Eindringen des Gliedes in die Harnröhre durch Schlaffheit derselben — die Kranke litt bis zum 15. Lebensjahre an Enuresis — begünstigt ward.

Die Therapie bestand in Vornahme von ovalen Excisionen aus dem Tumor, wodurch derselbe an Umfang abnahm, alle paar Tage wurde er mit Jodtinctur bepinselt; die vorhandenen Geschwüre wurden mit Lapis touchirt.

Nach circa 8 Wochen war das Geschwür in der Urethra vernarbt, der Tumor geschwunden und der Urin, welcher vor Einleitung der Behandlung (bei Tage wenigstens) beständig abfloss, konnte eine Stunde lang gehalten werden, als die Patientin auf ihr Verlangen aus dem Spitale entlassen wurde. Emanuel Kohn.

Digitized by Google

260. Vierter Fall von hohem Steinschnitte beim Kinde mit glücklichem Ausgange. Von Fried. Betz. (Memorabilien XXI. Jahrg. 11. Heft.)

V. operirte bei einem $5^1/_2$jährigen Knaben einen Blasenstein durch den hohen Steinschnitt mit glücklichem Erfolge. Der Stein wog 9·85 Gramm, war warzig glatt und hatte einen concentrisch gelegenen braunen ovalen Uratkern und eine Hülle von phosphorsaurer Magnesia. V. war ein Jahr zuvor von der Operation abgestanden, da der Stein in der Blase durch die Sonde nicht mit Bestimmtheit sich nachweisen liess, obwohl die übrigen Symptome vollständig vorhanden waren. Bemerkenswerth während des Vorfalles ist das Auftreten eines scharlachähnlichen Exanthems über den ganzen Körper nebst Erbrechen und Diarrhöe. Gleichzeitig nahm die Wunde einen diphtheritischen Beleg an. Seit 1850 sind V. 7 Steine zur Beobachtung gekommen (6 Kinder, 1 Erwachsener), alle von gleicher Beschaffenheit. Das Trinken von kalkhältigem Wasser hält V. bei Kindern nicht für genügend, die Entstehung des Steines zu erklären; er hält daher das häufige Vorkommen vorläufig für einen blossen Zufall. von Hüttenbrenner.

261. Zur Operation des Harnröhren-Schnittes bei Quetschung des Perinäums. Von Dr. J. Boeckel. (Gaz. méd. de Strassb. 1876.)

Der Verf. spricht in einem sehr fleissig gearbeiteten Aufsatze an der Hand einer Anzahl von Krankengeschichten seine Meinung dahin aus, dass bei Harnverhaltung nach Quetschung des Perinäums, angesichts der grossen Suffusionen und Ekchymosen an der Wurzel der Schwellkörper, immer grosser Verdacht auf Perinäalruptur vorhanden sein müsse. Er verwirft deshalb in diesen Fällen die Punction der Blase als ersten Eingriff, und schreitet sofort zu Incision der suffundirten Stelle. Er sichert auf diese Weise die Diagnose, und sucht im Falle einer vorhandenen Ruptur die beiden Urethralöffnungen aufzufinden, und eine bougie à demeure einzulegen. Nur wenn er keine Ruptur findet, und der Urethralcanal doch undurchgängig ist, übt er die punctio vesicae.

In mehrere Fällen von Ruptur der Urethra, in denen eine bougie à demeure schon einige Zeit gelegen hatte, war er durch das nachherige Auftreten einer bedeutenden Strictur genöthigt, den inneren Harnröhren-Schnitt vorzunehmen, und war dies stets von bestem Erfolge begleitet.

Es kamen dem Verf. schon Fälle nachträglich zu, bei denen nach Punction der Blase das Extravasat am Perinäum abscedirt hatte, und nun der Harn auch noch durch diese Fistel abfloss. In diesen Fällen liess er die Blasenwunde verheilen, und behandelte dieselben als äusseren Harnröhrenschnitt. Eben dieser Uebelstand aber ist es, den Verf. durch sein Vorgehen vermeiden will. von Buschmann.

262. Ueber die Entstehung des Blasenkatarrhs. Von P. Dubelt. (Archiv für exper. Pathol. und Pharm. Bd. V. p. 195—227.)

Verf. bestätigt, dass häufiger Katheterismus, 21 mal in 11 Tagen

Digitized by Google

ausgeführt, bei Hunden Blasenkatarrh erzeugen kann, meist in Verbindung mit einer Urethritis. Die gleichzeitige Einspritzung von Luft (50 Kbcm.) war dabei ziemlich gleichgiltig; nur enthielt der Harn sehr viele Bacterien, wurde jedoch niemals alkalisch. Injectionen von faulem Wasser, Blut oder Harn, in Mengen von 50—100 Kbcm., 2 mal täglich, bewirkten nach einigen Tagen Zeichen von Katarrh; aber obwohl hier der Harn von Anfang an Bacterien in reichlichster Menge enthielt, wurde er im ersteren Falle niemals, im zweiten nur vorübergehend alkalisch, und in diesem letzteren Falle auch nur so lange, als Eiter im Harn nachweisbar war.

Um zu eruiren, welchen Einfluss Blutungen aus der Blasenwand haben, wurde die Schleimhaut, nach vorheriger Anfüllung mit Luft mittelst eines eingeführten Troicarts verletzt. Es zeigte sich, dass derartige Eingriffe Katarrh, verbunden mit alkalischer Harngährung, hervorrufen können; doch haben auf die Entstehnng desselben die Bacterien (Klebs, Traube) keinen Einfluss, da sie erst auftraten, nachdem der Harn schon alkalisch geworden war. Vielmehr coincidirte auch hier die Alkalescenz des Harns genau mit dem Eintritt und Aufhören der Eiterung. Gleichzeitige Injectionen faulender Stoffe (Blut, Harn) in die verletzte Blase steigerten natürlich den Katarrh. Aehnlich wirkte die Reizung der äusseren Harnblasenoberfläche durch Aufpinseln von Jodtinctur. Weitere Versuche ergaben, dass künstlich erzeugte Stricturen der Harnröhre ausgesprochene entzündliche Veränderungen in der Blasenschleimhaut und Hyperämie des ganzen Organs zur Folge haben. Vollständige Ischurie bewirkte sowohl in der gesunden, wie in der (durch Rückenmarksdurchschneidung) gelähmten Blase starke Anämie. Dagegen traten in dem letzteren Falle katarrhalische Erscheinungen nur dann auf, wenn für den Abfluss des Urins gesorgt war. Die neuroparalytische Hyperämie der Blase an sich erzeugt keinen Katarrh, sondern nach D. wahrscheinlich nur die durch den Abfluss bedingte Druckverminderung bei gleichzeitiger Atonie der Blase. Den Einfluss trophischer Störungen (Charcot) suchte Verf. zu studiren, indem er das Rückenmark durch Einführen einer Sonde in den Wirbelcanal quetschte. In beiden Fällen zeigte der Harn schon nach 24 Stunden Epithelien, Bacterien und Eiterzellen in reichlicher Menge, war dabei jedoch sauer. Es können mithin thatsächlich Störungen der Innervation (Tabes) Blasenkatarrh hervorrufen ohne Mitwirkung irgend einer anderen Ursache. Bezüglich des Einflusses niederer Organismen widerlegen die Versuche des Verf.'s die Ansicht von Klebs, wonach Bacterien in Gestalt von Schwärmsporen durch die (geschlossene oder kräftig berieselte) Harnröhre von aussen in die Blase dringen und den Katarrh erzeugen, ebenso auch die Hypothese Traube's, dass die nach der Anwendung unreiner Katheter beobachtete alkalische Zersetzung in der Blase auf der Einführung von Bacterien beruhe. Vielmehr ist nach D.'s Erfahrungen die Gegenwart dieser Organismen sowohl

Digitized by Google

für die Schleimhaut der Blase, als auch für den Zustand des Harns gleichgiltig. (Centralbl. f. Chirurgie.)

263. Anfälle von Rheumatismus oder Gicht bei Steinkranken in Folge der Operation. Von Prof. A. Courty. (Gazette hebd. de méd. et de chir. 15. September 1876.)

Verfasser zählt aus seiner Praxis 8 von ihm genau verzeichnete Fälle auf, in deren 5 die Lithotripsie, und deren 3 die Lithotomie vorgenommen wurde, und bei denen sehr bald darauf leichtere oder schwerere, ja selbst tödtliche Anfälle von Rheumatismus oder Gicht eintraten. Bezüglich des Sitzes der Affection vertheilen sich die 8 Fälle in folgender Weise: In 4 Fällen waren es die Extremitäten, in je 1 Falle der Kopf, die Brust, das Herz und sämmtliche Körpergelenke.

Die beiden Fälle, in denen der Kopf und die Brust der Hauptsitz der Erkrankung waren, verliefen tödtlich. Mit Ausnahme des Kindesalters sind in des Verf. kleiner Statistik alle Altersstadien, von 22—76 Jahren vertreten. Wenn auch die Mehrzahl der angeführten Kranken schon früher an Gicht oder Rheumatismus gelitten hatten, so waren doch in allen 8 Fällen die nach der Steinoperation aufgetretenen Anfälle nicht durch hygienische Fehler herbeigeführt worden. Diese Thatsachen scheinen dem Verf. ein Beweis für die Wechselbeziehungen zwischen Operationswunde und Allgemeinzustand des Körpers.

Schliesslich sucht Verf. den Grund dieser auffälligen Folgeerscheinung in dem „Wundshock". von Buschmann.

264. Zwei weitere Fälle von hohem Steinschnitt an Kindern. Von Dr. Guido Bell in Indianopolis. (Memorabilien XXI. Jhrgng. 1. Heft, 1876.)

B. berichtet über 2 Lithotomien, die wohl glücklich abliefen, aber eine lange Heilungsdauer beanspruchten.

1. E. H., ein 26 Monate alter, kräftiger Knabe leidet an Harn- und Stuhlzwang, bedingt durch einen vom Rectum aus gefühlten Blasenstein. — Hoher Steinschnitt, lege artis ausgeführt, lässt einen oxalsauren Stein finden, dessen grösste Peripherie 3‴2‴‴ betrug; eine durch die Naht versuchte Vereinigung der Blasenwunde musste wegen technischer Schwierigkeiten (kleiner Schnitt, tiefe Wunde) unterbleiben. — Geringes Wundfieber; die anfangs missfärbige Wunde reinigt sich nach einigen Tagen; am 23. Tage fliessen nur wenige Tropfen Harns aus der Wunde; dieselbe schliesst sich, bricht aber wieder auf; sieben Monate nach der Operation bestand immer noch Eiterung, Harn floss damals nicht mehr aus der Wunde.

2. L. W., $3^1/_2$jähriger Knabe mit Steinrecidive. Hoher Steinschnitt am 24. October 1875. — Die Blase wurde 1 Zoll weit eröffnet; Entfernung des bohnengrossen Steines mit den Fingern. Die durch die Naht geschlossene Blasenwunde klaffte wieder am 5. Tage. — Vorübergehender

Digitized by Google

Verschluss der Wunde nach Heftpflastervereinigung, Eiterung und abermalige Urinentleerung aus derselben 2 Monate lang. — Ende December trat erst definitive Heilung ein. Wölfler.

265. Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Ovariotomie. Von Dr. Georg Wegner. (Arch. für klin. Chirurgie. XIX. Bd.)

Verfasser versucht auf experimentellem Wege sich klar zu werden über die Verhältnisse der Peritonealhöhle im normalen Zustande und nach angelegter Peritonealwunde, um die so an Thieren gewonnenen Resultate am Menschen chirurgisch verwerthen zu können. Zu den Versuchen wurden meistentheils Kaninchen und Hunde verwendet. Thiere, denen eine Peritonealwunde angelegt ist, verlieren, wenn sie durch längere Zeit ruhig der gewöhnlichen Zimmertemperatur ausgesetzt sind, in Folge der Eröffnung der Bauchhöhle so viel an Eigenwärme, dass sie zu Grunde gehen. Diese Wärmeabgabe ist so kolossal, dass die Temperatur eines Kaninchens, dem eine Peritonealwunde angelegt wurde, in Zeit von 8 Stunden von 38,6 auf 23,4 herabging, dann trat der Tod ein. Dass der Tod in diesen Fällen nur Folge der Herabsetzung der Körperwärme ist, beweist der Umstand, dass die Thiere, falls die Wärmeabgabe von Seiten des Peritoneums dadurch verhindert wird, dass fortwährend heisse Wasserdämpfe über die Bauchwunde und den prolabirten Darm streichen, nach mehrstündiger Versuchsdauer sich ganz wohl befinden. Der grosse Wärmeverlust nach Eröffnung der Bauchhöhle ist zu erklären einerseits aus der grossen Oberfläche, die das Peritoneum darbietet, andererseits aus dem Blutreichthum der Baucheingeweide und der Blutüberfüllung, die secundär auf den Reiz der atmosphärischen Luft eintritt, ferner aus der steten Verdunstung von der mit Flüssigkeit bedeckten Serosa. Es ist nun gar keine Frage, dass bei der Ovariotomie ähnliche Verhältnisse stattfinden. Es existiren zwar keine genauen Messungen der Temperatur während und nach der Operation, aber es ist kein Zweifel, dass ein Wärmeverlust stattfindet und dass dieser um so bedeutender ist, je länger die Operation dauert und je mehr die Peritonealoberfläche mit der Luft in Contact kommt. Ob er so bedeutend sein kann, dass ihn der Organismus nicht mehr überwindet, ist natürlich Hypothese, doch gewinnt dieselbe viel an Wahrscheinlichkeit dadurch, dass die günstigen Resultate vieler Ovariotomien ganz besonders den Massregeln zugeschrieben werden, mit welchen man eine übermässige Wärmeabgabe während der Operation zu verhindern trachtet. Die Fälle von Ovariotomie, die schon in den ersten 24 Stunden letal enden und die man gewöhnlich als Shock auffasst, glaubt Verfasser auf Grund seiner Versuche als in der Unfähigkeit des Organismus, grössere Wärmeverluste wieder zu decken, begründet zu sehen. Von grösster Tragweite für jede Peritoneotomie sind ferner die eigenthümlichen Transsudations- und Resorptionsverhältnisse der Peritoneal-

Digitized by Google

höhle. Beide Processe sind äusserst rege und halten sich unter normalen Verhältnissen das Gleichgewicht.

Von dem sehr entwickelten Resorptionsvermögen des Peritoneums kann man sich an Thieren überzeugen, denen man Flüssigkeit in die Bauchhöhle spritzt. Man kann ganz enorme Mengen einspritzen und findet dieselben meistens nach ganz kurzer Zeit resorbirt, und zwar wird relativ am meisten resorbirt, je mehr man einspritzt, je höher man also die Spannung setzt. Die Resorption wird hauptsächlich durch die offenen Stomata des Zwerchfells und durch die Lymphgefässe der Serosa bewirkt und durch die Bewegung des Zwerchfells bei der Respiration und durch den motus peristalticus unterstützt. Wenn man nun Thieren fäulnissfähige Flüssigkeit zusammen mit Luft in die Bauchhöhle spritzt, so sind alle Bedingungen zur Entwicklung von Fäulniss und von niederen Organismen gegeben, und da die Resorption dieser fauligen Stoffe ausserordentlich rasch stattfindet, so sterben die Thiere an acuter Sepsis. Diese Verhältnisse müssen um so eher eintreffen, wenn die Resorption durch einige Zeit gehindert war und die fäulnissfähige Flüssigkeit indessen Zeit gehabt hat, wirklich faulig zu werden. Tritt dann die Resorption ein, so wirken jene Stoffe ungemein rasch und energisch.

Nach Ovariotomien kommt es stets unmittelbar durch die Operation zu einer serösen Transsudation, als Folge der plötzlichen Entspannungshyperaemie. Man kann sie bei Thieren künstlich erzeugen auf folgende Weise: Man injicirt nämlich einem Thiere Luft in die Bauchhöhle. Man muss das durch einige Zeit fortsetzen, denn es wird immer ein Theil resorbirt, kann es jedoch ganz unbeschadet für das Wohlbefinden des Thieres und zwar so lange, bis der Unterleib wie eine Trommel aufgetrieben ist. Lässt man nun durch einen Troicart die Luft mit einem Male abströmen, so wird, da der früher bestandene starke positive Druck jetzt aufhört, nothwendigerweise eine Entspannungshyperämie eintreten und die Folge davon wird eine Transsudation in die Bauchhöhle sein. Die Versuche lehren, dass das wirklich so ist. Wenn die Thiere nach einer Stunde getödtet werden, findet man eine nicht unbeträchtliche Menge Flüssigkeit in der Bauchhöhle angesammelt. Die Transsudation nach der Ovariotomie wird um so bedeutender sein, je stärker der Unterleib früher ausgedehnt war und je schlaffer die Bauchdecken schon geworden sind. Von Einfluss sind ferner die Adhäsionen, deren zerrissene Gefässe nach Entlastung des Unterleibes gewöhnlich noch einige Zeit bluten. Diese transsudirte Flüssigkeit sammelt sich der Schwere gemäss in der Beckenhöhle an und, wenn sie nicht rasch resorbirt wird, fault sie. Das Resorptionsvermögen nach der Ovariotomie ist aber in verschiedenen Fällen ein verschiedenes, indem dasselbe wesentlich abhängt vom Tonus der Bauchwandungen, von der Bewegung des Zwerchfelles und dem Motus peristalticus.

Bei den sogenannten guten Fällen von Ovariotomie wird die transsudirte Flüssigkeit rasch wieder resorbirt, bevor sie Zeit gehabt sich zu

Digitized by Google

zersetzen; bei den schlechten Fällen hingegen sind die Bauchdecken gewöhnlich durch vorausgegangene Schwangerschaften sowie durch den Tumor ad maximum erschlafft und nach Vornahme der Operation bleiben sie auch schlaff, es ist ferner das Zwerchfell weniger beweglich in Folge der meist schwachen Respiration, endlich ist die Peristaltik eine schwache, und so kommt es, dass die Resorption eine schwache, wenn nicht ganz gehinderte ist. Kommt sie endlich in Gang, so hat die Transsudatflüssigkeit indessen Zeit gehabt, sich faulig zu zersetzen und der Organismus wird in kurzer Zeit mit einem grossen Quantum septischer Stoffe inficirt, denen er rasch unterliegt. Der Tod tritt gewöhnlich schon in den ersten 24 Stunden nach der Operation ein; bei der Obduction findet man keine Spur einer Entzündung des Peritoneum; häufig keine grosse Menge, ja selbst gar kein Transsudat mehr, weil ja dieses resorbirt worden ist. Diese, übrigens der Menge nach verschiedene Flüssigkeit, ist trüb röthlich gefärbt, enthält massenhaft Bacterien und hat ausgesprochen septische Wirkung. Sie ist gewöhnlich an der tiefsten Stelle des Beckens angesammelt.

Der Organismus kann die aufgenommenen fauligen Stoffe wieder ausscheiden, oder es wird eine gewisse Quantität fauliger Flüssigkeit aufgenommen, die zurückbleibende erregt vermöge ihrer reizenden Beschaffenheit Entzündung und es kommt zu einer jauchig eitrigen Peritonitis. Jedenfalls aber haben wir es auch hier mit einem septischen Process zu thun. Aus diesen auf Grund von Versuchen gewonnenen Resultaten ergeben sich dem Verfasser folgende Grundsätze. Der Tod bei Ovariotomien tritt entweder in Folge des Wärmeverlustes während der Operation, oder durch Sepsis ein.

Daraus ergeben sich für die Therapie als Folgerungen Verhütung jedes Wärmeverlustes während der Operation und zweitens Verhinderung der Stagnation und Zersetzung der transsudirten Flüssigkeit. Beide Massregeln werden in der neueren Zeit so viel als möglich angestrebt und von der Exactheit und Sorgfalt, welche darauf verwendet wird, hängt zum grossen Theile der gute oder schlechte Ausgang vieler Ovariotomien ab. Eine vollkommene Verhinderung jedes Wärmeverlustes ist bis jetzt noch nicht erreicht. Verfasser glaubt jedoch, dass man dadurch, dass man heisse desinficirte Luft über das Operationsterrain streichen lässt, eine Einrichtung, die technisch ausführbar wäre, den Wärmeverlust ad minimum herabsetzen könnte. Was das zweite anbelangt, so wäre einerseits die Resorption nach vorgenommener Operation zu befördern, um dadurch die transsudirte Flüssigkeit rasch wieder aufzusaugen, was theilweise erreicht werden könnte, indem man die Spannung der Bauchwandungen durch Einwicklungen mit elastischen Binden zu erhöhen trachten würde, andererseits für die Ableitung der zersetzten Flüssigkeit nach Aussen Sorge zu tragen, was bekanntlich durch die Drainage der Bauchhöhle, namentlich des Douglasischen Raumes so viel als möglich angestrebt wird.

A. von Winiwarter.

Digitized by Google

266. Ueber die Sterilität geschlechtskranker Frauen. Von Dr. O. v. Grünewaldt in St. Petersburg. (Archiv f. Gynaecologie VIII. 3.)

Nach G. liegt der Schwerpunkt der Fortpflanzungsfähigkeit des Weibes in der Fähigkeit der Ausbrütung des befruchteten Eies, welche ihrerseits von einem gewissen Masse von Integrität der den Uterus constituirenden Gewebe abhängt. Die Conception selbst dagegen bildet (im Gegensatz zu den Anschauungen von Marion Sims und seiner Anhänger) in der Reihe der Vorgänge, durch welche die Fortpflanzung der Gattung bewerkstelligt wird, nur ein Glied, dem verhältnissmässig eine sehr geringe Bedeutung zukömmt. Es wird mit Recht hervorgehoben, dass der Begriff der Sterilität der Frau, d. h. der Impotentia generandi nicht von dem Begriffe der Impotentia concipiendi gedeckt werde; es ist nämlich ein wesentlicher Unterschied, ob überhaupt eine Unmöglichkeit, dass das Sperma zum Contact mit dem Ovulum gelange, oder ob eine solche Möglichkeit besteht und dennoch das mit dem Sperma copulirte Ovulum nicht die Möglichkeit findet, sich in gehöriger Weise anzusiedeln und weiter zu entwickeln.

Die selbstständige Locomotion der Spermatozoen genügt vollkommen, um dieselben durch eine jede noch so kleine Oeffnung hindurchzuführen (von Lott schlagend nachgewiesen); aber dies allein genügt nicht, um Schwangerschaft einzuleiten; sondern die Hauptsache ist nun die, dass der Uterus in seiner Textur und Ernährung so beschaffen sei, dass er das befruchtete Ei weiter zu entwickeln im Stande sei.

Die Erkrankungen der Ovarien, Tuben und der Scheide bilden wohl häufige, aber äusserst selten nachweisbare Ursachen der Sterilität.

Unter seinen Fällen von Sterilität (490 an Zahl) waren mehr als 50 % hauptsächlich durch entzündliche Vorgänge bedingt, bei weiteren 30 % waren wohl andere Anomalien der Sexualorgane als Hauptgrund angenommen, aber dieselben waren doch mehr weniger auch mit Entzündungsformen complicirt, und nur in etwa 20 % bestand Sterilität, ohne dass bei den betreffenden Kranken entzündliche Vorgänge und deren Ausgänge in den Geweben des Uterus nachweisbar gewesen wären.

Die Beschaffenheit des Cervix uteri kömmt bei dieser Frage nur wenig in Betracht (Gravidität selbst bei Carcinom dieses Theiles), dagegen ist von massgebender Bedeutung die Integrität des Endometriums. Viel hängt auch davon ab, ein wie grosser Theil des Endometriums, erkrankt ist, und wie weit sich die Ernährungsstörung in das submucöse Gewebe und in das Myometrion fortpflanzt.

Die Para- und Perimetritiden machen sich in zwei Richtungen fühlbar, erstens indem sie die Nutrition und Function der Sexualorgane wesentlich modificiren und zweitens indem sie die normalen Lageverhältnisse derselben alteriren. Solche Entzündungen treten häufig in der allerersten Zeit der Ehe auf, welche dann nur zu oft eine kinderlose

Digitized by Google

bleibt. Der Grund hiefür liegt meist in der vollständigen Unkenntniss der Neuvermälten in Bezug auf geschlechtliche Diätetik.

In Bezug auf die Malformationen und Stenosen des Cervix und orificium uteri spricht Verf. seine Meinung dahin aus, dass diese Zustände höchst selten angeboren, sondern meistentheils das Product vorhergegangener Entzündungen oder anderweitiger Ernährungsanomalien sind. Wenn in solchen Fällen die Sterilität nach der Discission des Cervix behoben wird, ist dieses freudige (leider nur sehr seltene) Ereigniss nicht dadurch zu erklären, dass jetzt dem Sperma freier Eintritt in den Uterus verschafft wurde, sondern weil durch diese Operation die Heilung der bestehenden Ernährungsstörungen des Uterus ermöglicht wurde.

Was die Versionen und Flexionen des Uterus betrifft, so geben selbst die wärmsten Anhänger der mechanischen Behandlung der Uterusdeviationen zu, dass es meist nur gelingt, die Kranken von ihren subjectiven Beschwerden zu befreien, dass aber Schwangerschaft nur ein seltenes Resultat der orthopädisehen Therapie ist. So machte auch G. die Erfahrung, dass von 13 Frauen 11 schwanger wurden, ohne dass sie einer mechanischen Behandlung unterworfen wurden, und nur bei zweien liess sich annehmen, dass das Tragen eines intrauterinen Pessariums zur Beseitigung der Sterilität beigetragen hat.

Die circumscripten Neubildungen des Uterus bedingen in der überwiegend grossen Mehrzahl der Fälle Sterilität nicht aber weil sie die Conception erschweren, sondern weil sie secundär Texturerkrankungen des Uterus hervorrufen, welche wiederum ihrerseits die Implantation und Entwickelung des befruchteten Eies erschweren oder gar unmöglich machen. Die den Cervix allein betreffenden Neubildungen sind für die Fortpflanzungsfähigkeit weit weniger bedeutungsvoll.

Schliesslich wollen wir hier noch anführen, wie der Autor das Factum erklärt, dass die grosse Mehrzahl der Aborte im 3. und 4. Schwangerschaftsmonate stattfindet (nach Whitehead von 602 Aborten 422 in der 9.—16. Woche). „Um die Zeit des 3. und 4. Monates bildet sich nämlich der Placentarkreislauf aus. Bestehen nun krankhafte Zustände, die störend auf den Blutumlauf influiren, so begreift sich's, dass eine jede zufällig bedingte Hyperämie oder Stase bei der ohnehin lebhafteren Blutzufuhr leichter zu capillären Hämorrhagien führen muss, als das sonst vorkommt. Ist einmal das Placentargewebe ausgebildet, seine Verbindung mit dem mütterlichen Organismus consolidirt, so bedarf es stärker wirkender Momente, um die Entwicklung der Frucht zu unterbrechen, und wir sehen daher mit dem weiteren Fortschreiten der Schwangerschaft eine Unterbrechung derselben immer seltener werden." Funk.

267. Ueber die Behandlung der Geburt bei engem Becken. Von C. C. Th. Litzmann. (Samml klin. Vortr. v. Volkmann Nr. 90.)

Vor Allem ist die richtige Beurtheilung der Form und des Grades

Digitized by Google

der Verengerung, hierauf des relativen Missverhältnisses, d. h. des Grössenverhältnisses zwischen Kindeskopf und Becken von grösster Bedeutung, da ja darnach sich das Handeln im speciellen Falle richtet.

In den höchsten Graden der Verengung ist der Raum so beschränkt, dass das Becken einem ausgetragenen Kinde selbst nach kunstgemässer Verkleinerung den Durchgang nicht gestattet. Hier bleibt bei ausgetragener Frucht nichts Anderes als der Kaiserschnitt übrig, wobei jedoch eine bestimmte Grenze zwischen diesem und der Extraction der verkleinerten Frucht auf dem Normalwege nicht leicht zu stellen ist. Verf. verlangt daher für die Craniotomie bei reifer Frucht eine Conj. vera von wenigstens 5·5 Ctm., da es ja schon bei diesem Durchmesser einer nicht geringen Geschicklichkeit und sonst günstiger Umstände bedarf, um die Operation ohne Gefährdung der Mutter auszuführen.

Bei der Ausführung des Kaiserschnittes ist die richtige Wahl des Zeitpunktes von grosser Wichtigkeit und ist es am günstigsten, wenn man gegen das Ende der Eröffnungsperiode bei noch stehender Fruchtblase operirt. Da jedoch der vorzeitige Blasensprung bei solcher Beckenenge häufig sich ereignet, so ist es gerathen, nicht eher zu der Operation zu schreiten, als bis eine genügende Wehenthätigkeit erwacht ist, während man durch die Tamponade der Scheide (mit dem Colpeurynther) den gänzlichen Abfluss des Fruchtwassers zu verhindern suchen wird.

Häufiger als diese äussersten Grade der Beckenenge, aber doch ebenfalls nur selten, begegnet man Becken, bei denen zwar unter gewöhnlichen Verhältnissen die Geburt einer reifen Frucht ohne vorausgegangene Verkleinerung nicht mehr zu hoffen steht und selbst durch diese Operation eine bedeutende und gefahrdrohende Quetschung der mütterlichen Geburtstheile nicht sicher abgewendet werden kann.

Hieher gehören Becken, deren Conjug. vera über $5^1/_2$ Ctm., aber weniger als 7·2—7·5 Ctm. misst. Hat man bei einer Schwangeren ein so hochgradig verengtes Becken nachgewiesen, dann bieten sich drei Wege zur Hilfe dar: die künstliche Frühgeburt, oder, wenn die Schwangerschaft ihr Ende erreicht hat, die Zerstückelung des Kindes oder der Kaiserschnitt.

Die Einleitung einer Frühgeburt kann wohl nur dann von Erfolg begleitet sein, wenn die Conj. mindestens noch 7 Ctm. misst, da sonst die Prognose für das Kind zweifelhaft und der Verlauf auch für die Mutter nicht ohne Gefahren ist.

Die Wahl zwischen Kaiserschnitt und Embryotomie wird sich nach dem Grade des Missverhältnisses richten. Wohl wird man Bedenken tragen, das Kind zu opfern, wenn trotzdem die Chancen für die Mutter wegen Quetschung der Geburtstheile voraussichtlich sehr gering zu schätzen sind. Unter solchen Verhältnissen wird man sich zum Kaiserschnitt entschliessen, wenn die Mutter ihre Zustimmung gibt.

Digitized by Google

Unter allen Umständen überhaupt ist das Erhalten der Fruchtblase von grosser Wichtigkeit, da durch den gleichmässigen Druck derselben der Cervix ausgedehnt und eine stärkere Quetschung der Weichtheile verhütet wird. Die Kindeslage ist für den Kaiserschnitt gleichgiltig; die Schädellage aber für die Verkleinerung der Frucht die beste, da man dann schon frühzeitig perforiren kann. Sonst muss man so lange warten, bis der Muttermund die Einführung der Hand gestattet, um die Füsse herabzuholen, und eventuell an diesen extrahiren; eventuell folgt dann die Evisceration und Perforation des nachfolgenden Kopfes oder diese letztere Operation allein.

In den häufigsten Fällen ist die Beckenenge eine solche, dass man auf die Geburt eines reifen, unverkleinerten und selbst lebenden Kindes hoffen darf. L. rechnet hieher alle platten u. allg. verengten-platten Becken mit einer Conjug. von $7^1/_2$ Ctm. und darüber und die gleichm. allg. verengten Becken, deren Conj. über 8·5 Ctm. beträgt. Hier ist der Kaiserschnitt in der Regel ausgeschlossen, da man nicht im Vorhinein die Unmöglichkeit einer spontanen Entbindung vorhersehen kann, und man wird bei solchen Fällen öfters zur Craniotomie schreiten müssen. Von grosser Bedeutung ist die Einleitung der künstlichen Frühgeburt und es wird bei diesen Graden der Verengerung im Vergleich mit einer rechtzeitigen Geburt nahezu die doppelte Zahl von Kindern lebend geboren und mindestens die gleiche Zahl am Leben erhalten bleiben. Ebenso günstig ist der Verlauf für die Mütter, da die Gefahr der Quetschung des Geburtscanales bedeutend herabgemindert wird. Der beste Zeitpunkt ist die 34.—36. Woche.

Tritt die Geburt spontan am Ende der Schwangerschaft ein, so ist auf die Erhaltung der Fruchtblase ein grosses Gewicht zu legen, da durch den vorzeitigen Wasserabfluss leicht Störung der Uterin- und Placentarcirculation eintreten kann. Man wird deshalb jedes vorzeitige Pressen untersagen, mit Behutsamkeit exploriren und im Nothfalle sogar den Colpeurynther auf einige Stunden einlegen. Eine zweite wichtige Aufgabe ist die, den vorliegenden Kopf in der für seinen Eintritt günstigen Stellung und Haltung auf den Beckeneingang zu erhalten, oder, wenn er sie nicht hat, ihn in eine solche zu bringen. Dieses wird durch passende Seitenlagerung, durch äusseren Druck auf den Schädel und bei Hängebauch durch Anlegung einer passenden Bauchbinde bewirkt. Die Beschaffenheit der Wehen darf nicht übersehen werden. Eine ungewöhnliche Schmerzhaftigkeit muss durch Morphium, Chloral etc. beschränkt werden; bei Wehenschwäche empfiehlt sich die vorsichtige Anwendung der warmen Uterusdouche. (Warum nicht 28° R. Sitzbäder? Ref.)

Springt die Blase bei verstrichenem Muttermunde, so ist das Vorgehen verschieden, je nachdem der Kopf in den Beckeneingang tritt oder lose über demselben sich befindet. Im ersten Falle wird man die Geburt einstweilen den Wehen überlassen; im zweiten entweder den Verlauf der

Digitized by Google

Schädelgeburt abwarten oder gleich die Wendung auf die Füsse vorziehen. Diese Operation, die jedoch nur nach genauer Berücksichtigung sämmtlicher Verhältnisse vorgenommen werden darf, hat stets für die Mutter den Vortheil der kürzeren Dauer des Druckes, den die Geburtswege zu erleiden haben. Für das kindliche Leben stehen aber die Chancen anders und es hängt die Rettung desselben von der Möglichkeit ab, den zuletzt kommenden Kopf rasch extrahiren zu können.

Indess bleibt der Erfolg der Operation für das Kind, auch unter günstigen Voraussetzungen, so zweifelhaft, dass man Bedenken tragen muss, den Eingriff zu wagen, so lange die Aussichten auf einen glücklichen Verlauf der Schädelgeburt noch ungetrübt sind. Natürlich wird man sich um so eher zur Wendung entschliessen, wenn die Stellung und Haltung des Kopfes eine fehlerhafte ist, wenn Vorfälle der Nabelschnur oder der Extremitäten vorhanden sind.

Betreff der Technik der Wendung auf die Füsse bei engem Becken macht Verf. folgende Bemerkungen:

Es empfiehlt sich die Chloroformnarkose, auch ist die Darreichung einiger Dosen Secale nicht zu verwerfen, um vor der Extraction die Wehenthätigkeit anzuregen. Bleiben die Wehen trotzdem schwach, dann soll ein Gehilfe den Uterus von aussen comprimiren und namentlich einen Druck auf den Kopf des Kindes ausüben, damit das Kinn sich nicht von der Brust entferne. Gelingt auf diese Weise die Extraction nicht, so ist auf die Anlegung der Zange nicht viel zu hoffen und es wird im schlimmsten Falle nichts übrig bleiben als die Verkleinerung des Kinderschädels.

Hat man sich beim Blasensprunge entschlossen, die Schädelgeburt abzuwarten, so sind folgende Ausgänge möglich:

1) Der Kopf tritt gar nicht oder nur theilweise im Beckeneingang ein — dann kommen nur zwei Methoden in Betracht, da die Zange bei so hohem Kopfstande durchaus contraindicirt ist, nämlich die Wendung oder die Perforation des vorliegenden Kopfes. Die Wendung ist nur bei sehr günstigen Bedingungen erlaubt; wenn die Möglichkeit der Erhaltung des kindlichen Lebens noch mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, wenn der Uterus nicht empfindlich, die Temperatur der Kreissenden nicht gestiegen ist. Sind die letzten Symptome eingetreten, ist eine Einklemmung des Muttermundes vorhanden, so ist die Perforation des Kindes entschieden vorzuziehen, da an die Rettung des Kindes unter solchen Umständen nicht mehr zu denken ist.

2) Rückt der Kopf im Beckeneingang ein und ist in stetigem, wenn auch langsamen Vorrücken begriffen, so wird man, wenn keine besonderen Complicationen obwalten, am besten abwartend sich verhalten. Tritt aber eine Zögerung der Vorbewegung des Kopfes ein, so muss man bei Eintreten eines gefahrdrohenden Zeichens von Seite der Mutter oder des Kindes handelnd einschreiten. Man kann bei schmerzhaften Wehen

Digitized by Google

Anaesthetica reichen, auf eine Verstärkung der Wehen durch die bekannten Mittel darf man wenig rechnen.

Hier ist der Kaiserschnitt und die Wendung ausgeschlossen und es bleibt die Wahl zwischen Extraction mit der Zange oder Perforation. Der Zweck der Zange ist, Mutter und Kind zu retten. Die Gefahren für die Mutter erwachsen nicht durch den Druck der Zange, als vielmehr durch den Druck des Kopfes, welcher Quetschungen der weiblichen Geburtstheile hervorruft. Ebenso ist die Gefahr für das Kind durch den Druck bedingt, den der Schädel von den Beckenknochen erleidet, da ja Eindrücke oder Brüche der Scheitelbeine oder des Stirnbeines, Zerreissung des Sinus longitud. beobachtet werden, während der Druck der Zange, wenn sie richtig angelegt ist, dem Kinde keinen Schaden bringt. Vor der Operation muss man sich genau über die Lage des Kopfes und über die zu überwindenden Widerstände informiren und sollte es sich zeigen, dass man sich in der Beurtheilung geirrt hat, lieber von der Operation abstehen, ehe die Mutter Schaden nimmt. Günstig für den Erfolg der Zange ist es, wenn der Kopf mit dem Hinterhaupt voran in's Becken eingetreten ist, wenn die Pfeilnaht dem Querdurchmesser des Beckens entspricht und wenn bei normaler Vorlagerung des vorderen Scheitelbeines auch schon ein mindestens 1·5—2 Ctm. breiter Streifen des nach hinten gelegenen Scheitelbeines sich unterhalb des Promontoriums befindet.

Bei hohem Kopfstand kann die Zange nicht wohl anders als im Querdurchmesser des Beckens angelegt werden; je höher nun der Kopf steht, desto tiefer muss man bei der Schliessung der Zange die Griffe senken, um beide Schädelseiten möglichst gleichmässig zu erfassen. Der Zug muss so lange nach unten gerichtet sein, bis der Kopf völlig in's Becken eingetreten ist, und darf nicht ruckweise, sondern allmälig verstärkt vor sich gehen.

Die Perforation oder Cephalotripsie ist indicirt, sobald man sich zweifellos überzeugt hat, dass das Missverhältniss zu gross ist, wobei man zu derselben schreiten kann, obwohl das Kind noch lebt; da ja die Erhaltung desselben, zumal nach vorausgehender vorsichtiger Zangenapplication, unmöglich ist.

Hat der Blasensprung vorzeitig stattgefunden, so ist die Prognose überhaupt trübe und man wird in vielen Fällen zur Perforation schreiten müssen, da das Kind durch Störung des Placentarkreislaufes zu Grunde geht und man die für die Mutter schonendste Operation wählen muss.

Welponer.

268. Das Adenom des Uterus. Von Prof. Schröder in Berlin. (Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynaec. I. 1. 1877.)

Sch. unterscheidet 2 Formen, nämlich das Adenoma diffusum und polyposum (Polypen, die im wesentlichen aus normalen und cystisch degenerirten Drüsen bestehen) und theilt von jeder Form 2 Fälle

Digitized by Google

mit. Er macht darauf aufmerksam, dass bei diesen Wucherungen der Uterinmucosa der Cervix eigenthümliche, u. zw. charakteristische Veränderungen eingeht. Es erweitert sich nämlich der ganze Cervicalcanal sehr erheblich, während der innere Muttermund geschlossen bleibt, so dass der Cervix eine kuppelartige Form bekommt. Der Halscanal ist so weit, dass kaum die grössten Nummern des Pressschwammes ihn noch ausdehnen können, der innere Muttermund aber so eng, dass die kleinsten Nummern sich nur schwer durchbringen lassen. Man muss deswegen die nothwendige Erweiterung des inneren Muttermundes mit einer Laminariabougie vornehmen.

Sind nur mässige Wucherungen der Schleimhaut da, so genügt die einfache Einspritzung von Eisenchlorid, sind die Wucherungen bedeutender, so müssen sie mit dem scharfen Löffel entfernt werden.

Hervorgehoben muss noch werden, dass, während das Adenoma diffusum sowohl bei Nulliparen als auch bei Frauen, die häufig geboren haben, vorkömmt, das A. polyposum (von dem freilich bisher erst drei klinische Beispiele in der Literatur verzeichnet sind) nur bei älteren Frauen beobachtet wurde, die nie geboren hatten. Funk.

269. Ein Fall von Tastbarkeit der Nabelschnur durch die Bauchdecken. Von Dr. E. Bidder. (St. Petersburger med. Wochs. 1876. 8. Prager Viertelj. 1877. 1.)

Bei einer Kreissenden am Ende der Gravidität sah B. in der Höhe des Nabels einen schräg verlaufenden Strang, den er anfangs für eine Falte der Bauchhaut hielt. Bei genauer Betastung zeigte sich aber, dass er unter den Bauchdecken lag, die sich über ihm abheben liessen, ferner dass er sich längs des Rückens der Frucht leicht nach oben und unten verschieben liess. Beim Aufsetzen der Finger fühlte man eine Pulsation in der Frequenz von 152 Schlägen per Minute. Eine Verschiebung des Stranges über den Steiss hinauf gelang nicht. (Wie sich nachträglich herausstellte, mass die Nabelschnur blos 30 Ctm.) Ein ähnlicher Fall ist bisher noch nicht bekannt geworden. Funk.

270. Interessantere Fälle aus der gynäkologischen Klinik zu Rostock. Von Schatz. (Archiv für Gynäkologie Hft. 9, p. 115.)

1. Echinococcus im ligamentum latum. Bei einer 28jährigen Frau fand sich rechts vom Uterus ein von den Beckenwänden und vom Uterus gut abzutrennender Tumor von der Grösse zweier Aepfel, welcher auf dem Wege der Exclusion und auf Grund eines früher von S. beobachteten, ähnlichen Falles für Echinococcus gehalten wurde. Unter spontan auftretendem Fieber wuchs der Tumor in kurzer Zeit bis handbreit über den Beckeneingang. Eine Punction in die tiefste fluctuirende Geschwulstvorbuchtung ergab Membranfetzen und Echinococcushaken, denen später grosse Eitermassen mit vielen Blasen folgten. Bei einer Ausspülung

Digitized by Google

der Eiterhöhle mit Carbollösung bekam die Kranke die heftigsten Schmerzen und starb an acuter Perforations-Peritonitis. Die Section bestätigte die Diagnose.

2. Sehr grosse Cyste des ligamentum latum kann nach dem Bauchschnitte nicht entfernt werden. Einnähen in die Bauchwunde. Heilung. Ein 24jähriges Mädchen empfand zuerst im 16. Jahre beim Gehen Schmerz in der rechten Seite des Leibes, seit $3^1/_2$ Jahren über den ganzen Leib, besonders rechts. Der Leib wird bis 2 Ctm. vom Thoraxrand von einer Geschwulst ausgefüllt und zeigt überall eine gleiche Resistenz und Fluctuation. Ascites fehlt. Der virginale Uterus nach rechts und hinten gedrängt. Das rechte Ovarium deutlich fühlbar. Vom linken Uterushorn geht ein Stiel ungefähr in der Mittellinie des Leibes zur unteren rechten Seite der Geschwulst hin. Bei der Operation fand sich eine linksseitige, umfangreiche Cyste des ligamentum latum, welche gewissermassen in das Mesenterium des S. Romanum hinein gewachsen war, vorn vom Peritoneum überkleidet wurde und somit keinen Stiel hatte. Die Cyste wurde in die Bauchwunde eingenäht und mit Carbollösung später ausgespült, während eine Drainage durch die Scheide geführt und nach 4 Tagen schon entfernt wurde. In der Nachbehandlung kamen gegen das Fieber kühle Bäder in Anwendung; es hörte auf nach Abstossung eines grossen Fetzens gangränöser Cystenwand. Nachdem sich die Bauchcystenfistel geschlossen, entstand daneben ein Abscess mit neuem Fieber und langdauerndem Eiterverlust, wobei sich dennoch die Kranke allmälig erholte. Später eiterte auch der Cystenrest von Neuem und wurde nach Erweiterung des Fistelganges mit Carbollösung ausgespült. Die Cystenflüssigkeit war alkalisch; specifisches Gewicht 1,012, und enthielt ausser Serumalbumin (kein Paralbumin) erhebliche Mengen fibrinogener Substanz. Der Arbeit ist eine ausführliche Literaturangabe und Zusammenstellung der bisher operirten Fälle von Cysten des ligamentum latum beigegeben. (Centralbl. f. Chirurgie.)

271. Tuberculosis vaginae. Von C. Weigert. (Virch. Arch. LXVII. p. 264.)

Tuberculose der Scheide gehört zu den seltensten Erkrankungen Bei einem 27jährigen Weib, welches Spuren abgelaufener syphilitischer Erkrankungen an sich trug, bestand verhältnissmässig geringe Tuberculose und Phthisis in Lungen und Darm, dagegen sehr ausgedehnte tuberculöse Peritonitis. Die Spitze des grossen Netzes ist zu einer handbreiten, derben Masse zusammengeschrumpft, von der ein Strang im Douglas'schen Raum festgewachsen ist. In der oberen Hälfte der Scheide finden sich zahlreiche veränderte Schleimhautstellen von grösserer und kleinerer Ausdehnung, zum Theil erhaben über ihre Umgebung, aus lauter dicht aneinander gedrängten, miliaren Knötchen zusammengesetzt, von einem dunkelrothen Hof umgrenzt. Theilweise ist der Grund solcher Schleimhaut-

Digitized by Google

partien käsig zerfressen, 1—2 Mm. tief in die Schleimhaut hineindringend. Uterusschleimhaut intact. Das Mikroskop zeigte, dass man es mit Tuberkeln zu thun hatte, die theils zu grösseren, infiltrirten Partien verschmolzen waren, theils einzeln standen. Ob zwischen der Peritonealtuberculose und der Scheidentuberculose ein Zusammenhang bestand, ist zweifelhaft. Vielleicht spielt dabei nach W. die Verwachsung des Netzstranges im Douglas'schen Raum eine Rolle, indem möglicherweise hierdurch die peritonealen Saftwege mit denen des perivaginalen Bindegewebes in eine directe Verbindung gebracht waren. (Centralbl. f. Chirurgie.)

272. Ergotingebrauch bei chron. Katarrh und Fibromen des Uterus. Von K. Goreleitschenko. (Mosc. med. Gas. 1876.)

Da die Wirkung des Ergotins bei innerlichem Gebrauch viel langsamer auftrat, als bei subcutanen Injectionen, letztere jedoch, namentlich in der Privatpraxis, mit Schwierigkeiten verbunden, proponirt Verf. Pinselungen des Cervicalcanals mit folgender Ergotinlösung (R. Ergotin 6 Scrup, Glycerin, Aq. dest, acid. aa. Drachm. 2), indem man den Pinsel 1—3 Minuten im Canal liegen lässt.

Verf. hat diese Behandlung in 29 Fällen chronischen Katarrhs nebst Metritis chron. geübt; in 22 derselben hörte die Schleimabsonderung auf, die Schwellung der Mucosa liess nach, der Uterus wurde kleiner und fester. Auch die subjectiven Symptome hörten auf, und regelmässige Menstruation trat ein. In den übrigen 7 Fällen Besserung mit baldigem Recidiv; dieses erklärt sich Verf. dadurch, dass es Fälle waren, wo sich der Uterus schon in dem Stadium der Verdichtung und Blutarmuth befand. Einzelne Kranke klagten 1—2 Stunden nach der Application über vom Uterus ausgehende Spasmen und Mattigkeit. — In 4 Fällen von Fibromyomen blieben sowohl die Pinselungen, als auch die subcutanen Injectionen ohne Erfolg. (Allgem. med. C. Z. 1876.)

273. Ueber das Verbleiben der todten Frucht im Uterus. (Aus Dr. Mann's Bericht im Amer. Journ. of obstetr. 1877. Jänner.)

Mr. Clintock behauptet, dass, sobald ein Embryo abstirbt, derselbe regelmässig auch alsbald ausgestossen werde. Diese Regel erleidet aber viele Ausnahmen. Es entsteht nun die Frage, wie lange kann die todte Frucht im Uterus verbleiben. Die Antwort lautet: wenige Stunden, Tage, Wochen, ja Jahre lang. (Wenn ein Foetus nahe dem Schwangerschaftsende abstirbt und dann noch durch längere Zeit in der Gebärmutter zurückgehalten wird, bezeichnet man dies mit dem allgemein gebrauchten englischen Terminus: „missed labor".) So z. B. erwähnt Mundé den Fall von Camerarius, wo ein acht Pfund schweres verkalktes Ovum, das den mummificirten Foetus enthielt, in dem Uterus einer 94jährigen Frau gefunden wurde.

Die todte Frucht kann auch ganz absorbirt werden oder faulen und stückweise ausgestossen werden. Je älter der Foetus zur Zeit seines Ab-

Digitized by Google

sterbens ist, desto wahrscheinlicher ist die Decomposition. Die antiseptischen Eigenschaften der in der amniotischen Flüssigkeit vorfindlichen Salze und der Abschluss der Luft wirken der Fäulniss entgegen. Die Placenta wächst manchmal nach dem Tode der Frucht noch weiter und ihre Grösse entspricht dann nicht dem Alter der Frucht (wichtig in gerichtsärztlicher Hinsicht).

In prognostischer Hinsicht lässt sich die Regel aufstellen, dass für die Mutter aus der Retention der todten Frucht desto mehr Gefahren resultiren, je weiter die Entwickelung der letztern schon fortgeschritten war. Funk.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

274. Ueber die Durchschneidung der Ciliarnerven und des Opticus als Ersatzoperation der Enucleation des Augapfels. Von A. Boucheron. (Gaz. méd. de Paris 1876, Nr. 37.)

B. will die Enucleation bei sympathischer Ophthalmie durch die Durchschneidung der Ciliarnerven und des Sehnerven ersetzen und rühmt die Einfachheit, geringe Verletzung und den Mangel der Entstellung als Vorzüge dieses Verfahrens. Nach Leichenversuchen räth B. die Operation folgendermassen auszuführen. Man durchschneide die Conjunctiva und Tenon'sche Kapsel zwischen dem m. rect. sup. und dem rect. intern., dringe zwischen der Kapsel und dem Bulbus mit einer gekrümmten Scheere bis zum Opticus vor und durchschneide diesen, während der Bulbus nach vorne gezogen wird. Sodann sollen die Ciliarnerven mit einigen weiteren Scheerenschlangen durchtrennt werden. Diesen Theil der Operation kann man dadurch erleichtern, dass man nach Durchschneidung des Opticus die Oeffnung in der Kapsel erweitert, die Sclera weit hinten fasst und die Hemisphäre des Bulbus nach vorne zieht. Die Insertion der geraden Augenmuskeln wird nicht durchschnitten, um die vorderen Ciliararterien zu erhalten.

Bei Hunden treten nach dieser Operation keine Trübungen der Medien ein, die Cornea bleibt gefühllos, trophische Störungen derselben sind Ausnahmen. Der Bulbus verkleinert sich etwas. Bei Kaninchen bilden trophische Störungen der Cornea die Regel. Prof. Schnabel.

275. Ein Wort über die Brillenscala. Von Prof. v. Hasner. (Prager Medic. Wochenschr. 1876, Nr. 51.)

H. hebt hervor, dass die neue Donders'sche Brillenscala nur scheinbar auf dem Decimalsysteme beruht. Die Dioptrie wird nämlich nach Halben und Vierteln getheilt, was dem Decimalsysteme gerade zuwiderläuft. „Dabei kommen selbstverständlich sehr häufig irrationale Brennweiten heraus, was wieder die praktische Durchführung des Systems ganz unmöglich macht.“ Als weiteren Uebelstand der Dioptrie hebt H. hervor, dass die Scala in 36 Zoll vom Auge anfängt. So beginnt sie in

Digitized by Google

einem willkürlichen, wissenschaftlich ganz unmotivirten Punkte auf der Sehlinie. Die Dioptrie steigt „wie ein deus ex machina auf" und theilt oder vervielfältigt sich nach auf- und abwärts nach Vierteln. „Was eine solche Scala Praktisches und Handliches an sich haben kann, ist gar nicht abzusehen." H. bedauert die Brillenfabrikanten, die ihre Schleifscalen der neuen Scala zu Liebe ändern werden, da sie nach einer Reihe von Jahren zu einer neuen Aenderung gezwungen sein werden.

Prof. Schnabel.

276. Zündhütchenfragment im Innern des Auges seit 24 Jahren. Iridocyclitis. Sympathische Affection des gesunden Auges. Von H. Mayerhöfer. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenh. XV. pag. 75.)

Eine 37jährige Frau, die in ihrem 14. Lebensjahre das linke Auge durch eine Verletzung verloren, stellte sich bei M. wegen einer seit Kurzem bestehenden Entzündung dieses Auges vor. M. fand dasselbe mässig atrophisch, stark injicirt, im untern innern Quadranten eine über die Corneascleralgrenze ziehende, 2 Mm. lange, eingezogene Narbe, die Iris verfärbt, der Cornea anliegend, die Pupille verschlossen. Die Patientin klagte auch über unbequemes Sehen auf dem rechten Auge, welches eine enge, schwer bewegliche Pupille und eine feine Episcleralinjection zeigt. Der Enucleation des linken Bulbus folgte rasch Heilung des rechten. An der Stelle, welche der Narbe entsprach, zwischen Ansatzstelle des Ciliarmuskels und Sclera fand sich in dem atrophischen Bulbus ein ausserordentlich kleines Kupferstückchen. Prof. Schnabel.

277. Das Strychnin in der Ophthalmotherapie. Von Haltenhoff. (Genf 1876.)

In den äusserst schwachen Dosen, in welchen das Mittel zur subcutanen Injection verwendet wird (0,001 bis 0,003 Gr. 1 Mal täglich) erklärt es H. für durchaus unschädlich. Wo das Strychnin wirkt, macht sich dies schon 10—20 Minuten nach der ersten Injection bemerklich; seltener erst nach der 2. und 3. Injection. Eine Verbesserung des Sehens constatirte H. besonders in Fällen von centraler Amblyopie ohne nachweisbare Veränderungen im gelben Fleck, bei weisslicher Verfärbung der Schläfenhälfte der Papillen. Es sind dies Fälle von centralem Scotom bei wohlerhaltener Gesichtsfeldsperipherie. Bei wirklicher Sehnervenatrophie hat H. keinen Erfolg beobachtet. Wenn atrophische Zustände der Netzhaut und der Sehnerven sich aus Entzündungen herausgebildet haben, bewirken Strychnininjectionen manchmal eine unzweifelhafte Besserung. Bei Retinitis pigmentosa sah H. manchmal eine vorübergehende Hebung der centralen Sehschärfe und Verminderung der Nachtblindheit. Bei Entzündungen der Ader- und Netzhaut sind die Strychnininjectionen nach H. irrationell; in dem regressiven Stadium dieser Krankheiten dagegen empfiehlt H. das Strychnin. Sehr günstige Resultate erzielte H. in einigen Fällen von Amblyopien ohne ophthalmoskopischen Befund. Prof. Schnabel.

(Schluss dieser Rubrik im nächsten Hefte.)

Digitized by Google

Kleine Mittheilungen.

278. Ueber Diphtheritis. Von Franz Fröhlich in Zengg. (Medic.-chirurg. Centralbl. Nr. 50, 1876.)

F. hat seit dem Jahre 1873 über 500 Fälle von Diphtherie beinahe ausschliesslich in nachfolgender Weise behandelt und verlor kaum 6 Percent (!) seiner Patienten.

Zumeist waren es Kinder von 3—12 Jahren, vereinzelt Säuglinge. Doch fehlte kein Alter. „Obschon erwiesen, dass die Rachenbräune eine Allgemeinerkrankung ist, habe ich dennoch mein erstes Augenmerk auf die local ergriffenen Theile gerichtet," sagt F. und empfiehlt warm die Touchirungen des Rachens mit concentrirter Lapislösung 2—3mal täglich. Bei Tag und Nacht lässt er gurgeln und zwar 28 Tropfen Acid. carbol. auf ein Seitel Wasser; bei Kindern wird der Rachen mit einem Federbart, der in eine leichte Alaunlösung mit etwas Weinessig getaucht ist, öfter gereinigt, stündlich einen kalten Umschlag um den Hals. Ist das Schlingen erschwert, wiederholte Senfteige um den Hals, die angeschwollenen Halstheile werden mit Ungu. hydrargyri Früh und Abends eingerieben. Ist die Nasenschleimhaut ergriffen, so gibt F. Einspritzungen in dieselbe von 30 Tropfen Carbolsäure auf ein Seitel Wasser. Interne Kali chloric., selten Chinin; keine Nahrung ausser Limonade und Wasserwein.

Hermann Hertzka.

279. Ein Beitrag zur Behandlung der Diphtheritis. Von Dr. Moritz Deutsch in Szemlak. (Medic.-chir. Centralbl. Nr. 43, 1876.)

Verf. sah während seiner Praxis 3 Fälle von Diphtheritis, wovon einer mit Touchirungen von concentrirter Lapislösung behandelt wurde und trotzdem der Rachen am 3. Tage nach dieser Therapie von Membranen frei war und die Patientin (ein 10jähriges Mädchen) sich wohl befand, starb dieselbe am Tage darauf. Der 2. Fall (ein 16jähriges Bauernmädchen), bei dem die Erkrankung nach der Beschreibung eine sehr mässige gewesen zu sein scheint, wurde mit Acid. carbol. touchirt und innerlich wurde Chlorkali gegeben. Das Mädchen genas. — Bei einem 4jährigen Knaben endlich trat sehr rasch eine bedeutende Schwellung der Drüsen auf, was D. bewog, Blutegel zu setzen, touchirt wurde der Rachen mit Eisenchloridlösung und innerlich Chinin ordinirt. Aus diesem Falle glaubt D. schliessen zu dürfen, dass die Blutegel bei Diphtheritis mit bedeutender Schwellung der Nackendrüsen als „unersetzliche Wohlthäter" (?) zu betrachten sind.

Hermann Hertzka.

280. Ueber die Behandlung der Angina diphtheritica. Von Dr. Carl Alois Lindemann in Gratwein bei Graz. (Med.-chir. Centralblatt Nr. 45, 1876.)

Verf. hat während seiner Praxis 11 Diphtheritis-Epidemien mitgemacht und verlor nur $^1/_6$ seiner Patienten, während $^4/_5$ genasen. Er verwirft das Touchiren und die Eisbehandlung und legt das Hauptgewicht auf die inneren Medicamina. Für Kinder zwischen 3—12 Jahren verordnete er Tct. thojae occid. gtts. viginti, Aqu. dest. grm. 70, Syr. cort. aur. 5,00, D. S. $^1/_4$stündlich 1 Caffeelöffel zu geben, oder Acid. carbol. puriss. 0,05, Aqu. f. dest. 70,00, Syr. Rhei. 5,0, D. S. $^1/_2$stündlich 1 Caffeelöffel zu geben, Kuhmilch als ausschliessliches Getränk. Bei dieser Behandlung verlor L. von 26 Patienten nur 2 (!). Er hebt ferner hervor, dass bei jeder Epidemie sich ein anderes Mittel als wirksamer zeige; so hatte L. vor $1^1/_2$ Jahren circa 30 Fälle in Behandlung, 19 Erwachsene und 11 Kinder. Ordinirt wurde Argent. nitr. cryst. 0,02, Aqu. f. dest. 70,00, Syr. simpl. 10,00,

Digitized by Google

D. S. 1/4stündlich 1 Kaffeelöffel zu geben; bei Erwachsenen die doppelte Dosis. Unter dieser Therapie starben von 30 Patienten nur 3 (!). Die Räucherungen mit Zweigen der Thaja occid. sollen sich vortheilhaft erwiesen haben.

Hermann Hertzka.

281. Ueber Diphtheritis. Von Moritz Taubes. (Medic.-chir. Centralblatt Nr. 49, 1876.)

T. hält die exhalirte Luft und die ausgehusteten Gewebsfetzen für die Träger des Contagiums, empfiehlt eindringlich Eisumschläge und Aetzmittel, in erster Reihe Touchirungen mit Lapis; verwirft das Setzen von Blutegeln völlig, weil sie den Collaps nur beschleunigen, und sah von nährender Diät, Analepticis und Kali chlor. gute Erfolge. Hermann Hertzka.

282. Zur Behandlung der Schlund-Diphtherie. Von Dr. Ad. Wertheimber. (Aerztl. Intelligenz-Blatt 6, 1877.)

Die Salicylsäure und das salicylsauere Natron werden von den meisten Kindern wegen des schlechten Geschmacks und des Brennens, das sie verursachen, nicht genommen, und wenn sie genommen werden, leisten sie gegen Diphtherie nichts. Die Borsäure hat Dr. W. in 8 Fällen mit Erfolg angewendet, in diesen Fällen blieb die Ausbreitung der Diphtherie auf die Luftwege aus, die localen Erscheinungen und die Allgemeinkrankheit besserten sich rasch. Die Borsäure wird in wässerigen Lösungen (1:25—30) als Gurgelwasser oder in Form von Einspritzungen stündlich angewendet, daneben liess W. 2—3mal täglich mit einer Karbolsäurelösung (Glycerin, Spir. vini. aa) (1:20) auspinseln und gab innerlich Chinin, Stimulantien, Eispillen. Die betreffenden Kinder standen im Alter von 4—9 Jahren. Die Borsäure ist relativ unschädlich, nur wenn grössere Mengen davon geschluckt werden, erzeugt sie nämlich häufiges Erbrechen und Magenschmerzen. Eisenschitz.

283. Hyoscyamin. Von E. Pflüger. (Arch. f. Augen- u Ohrenheilkunde. V. 1. S. 182.)

Die an Menschen, Katzen und Kaninchen angestellten Versuche lieferten das Resultat, dass das nach dem im chem. Handwörterbuch von Dammer angegebenen Verfahren bereitete Hyoscyamin ähnlich wirkt wie Atropin, aber rascher und anhaltender die Pupille erweitert als letzteres. Bei Injection von Hyoscyaminlösung in die vordere Kammer von unmittelbar nach eingetretenem Tode exstirpirten Kaninchenaugen war der Erfolg durchgehends ein negativer.

284. Untersuchungen über die Hippursäurebildung im Körper des Herbivoren; bei Verabreichung verschiedenartiger Futtermittel. Von DDr. Weiske, Kellner und Wiegand in Proskau. (Zeitschr. f. Biol. XII. 241.)

Zwei ausgewachsene Hammeln, welche seit 4 Wochen regelmässig jeder täglich 2 Pfd. Wiesenheu ohne Kochsalzbeigabe erhalten hatten, sich während dieser Zeit in sogenannten Zwangsställen befanden und deren 24stündiger Harn mittelst Gummi-Harntrichtern in tarirten Flaschen aufgesammelt wurde, schieden nahezu gleichmässige Hippursäuremengen (im Mittel 15·76 Grm.) per Tag aus. Eine tägliche Beigabe von 15 Grm. Kochsalz zum Futter hatte reichliche Vermehrung des Wasserconsums und des Harnvolumen, sowie eine geringe Steigerung der Stickstoff- und der Hippursäure-Ausscheidung zur Folge. Gab man an Stelle des einen Pfund Wiesenheu ein gleiches Gewicht von Cerealien, Leguminosen oder geschälten Kartoffeln, so wurde die Hippursäurebildung sehr erheblich gemindert. Während ein Pfund Heu sonst ca. 8 Grm. lieferte, fanden

Digitized by Google

sich jetzt nur 6·32 Grm. (bei Weizen) bis 4·67 Grm. (bei Bohnen) bis 2·84 Grm. (bei Kartoffeln), wenn dasselbe mit leicht verdaulichen Futtermitteln vermengt war

Lassar.

285. **Chirurgische Behandlung des chronischen Ohrkatarrhs.** Von Dr. Karl Michel in Köln. Vorläuf. Mitth. (Centr. f. d. med. W. Nr. 42, 1876.)

Verfasser beschreibt einen Fall, in welchem er bei einem 20jährigen Mädchen, welches seit Kindheit besonders am rechten Ohre an Taubheit litt, das Trommelfell mittelst eines Galvanocauters durchbrannte und hierauf mit einer in Lapis getauchten Sonde eine Aetzung der inneren Paukenwand, resp. der Umgebung des Steigbügels vornahm. Bei einer solchen Sitzung gelang es dem Verfasser, den Steigbügel mit der Sonde zu berühren, worauf ein Klingen im Ohre entstand und Patientin unmittelbar darnach besser hörte. M. hofft, dass durch dieses Verfahren manche bisher unheilbare Taubheit geheilt oder gebessert werden könne.

Urbantschitsch.

286. **Langbau und Cataracta.** Von Prof. Hasner in Prag. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenheilk. XIV. S. 251.)

Die Cataracten entwickeln sich bei Langbau in circa 16%; unter 1000 Augenkranken fand H. 99mal Langbau. Von diesen 99 waren 16 mit Cataracta behaftet. Im Allgemeinen zeigen niedere Grade von Langbau (bis $^1/_{20}$) keine grössere Disposition zur Cataracta als Emmetropen und Hypermetropen. Unter 70 Myopen unter 40 Jahren waren 5 (7%) mit Cataracta behaftet. Bei Myopie $^1/_{13} - ^1/_{16}$ scheint dagegen die Neigung zur Entwicklung von Cataracta ziemlich gross zu sein und durch Entzündungen im Gefässbezirke herbeigeführt zu werden. Alterscataracta kommt selbst bei höheren Graden von Myopie nicht leicht vor dem 50. Jahre vor. Später ist sie häufig. Aber auch sehr hohe Grade von Myopie bleiben zuweilen bis in das höchste Alter von Cataracta verschont. H. fand die Angabe Becker's, dass die Alterscataracta bei Myopen langsam reife, nicht bestätigt.

Schnabel.

287. **Resection of the radius for non-union.** Le Roy Mc. Lean. (New-York Medic. Record. 1876. Nr. 280.)

Bei einem 30jährigen Manne war nach einer Fractur in der Mitte des Vorderarmes eine Pseudarthrose des Radius entstanden. Nach vergeblichen Versuchen, eine Heilung durch knöchernen Callus zu erzielen, wurde die Pseudarthrose freigelegt, die mit fibrösen Massen überzogenen Bruchenden abgekneipt und mittelst Silberdrahtes aneinander befestigt. Eilf Wochen später wurde der Draht entfernt, nachdem die Vereinigung eine feste geworden war. Heilung.

A. von Winiwarter.

288. Broadbent (Movimento, 1876) will einen Fall von Leukämie innerhalb 14 Wochen mit Phosphor (3mal täglich 0·012) geheilt haben.

289. Burdel sah eine 57 Jahre alte Frau, welche vor 22 Jahren eine Hämoptoe gehabt hatte und jetzt an Intermittens und heftigsten Hustenparoxysmen litt, während eines Hustenanfalles ein 11 Mm. langes, cylindrisches Bronchial-Steinchen auswerfen. Von diesem Augenblicke an war der Husten und das Fieber verschwunden.

290. Gallensaures Natron (2mal tägl. 5 Gran durch Wochen) erwies sich Dubney nützlich gegen Gallensteinbildung. Das Mittel war von Schiff empfohlen.

Digitized by Google

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

291. K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung am 13. April 1877. Dr. Funk: „Ueber Enucleation eines Fibromyoms aus dem Uterus einer Wöchnerin."

Die Complication der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes mit Fibromyomen des Uterus gehört zu den interessantesten, aber auch schwierigsten Capiteln der Gynäkologie. Selbst in den ausführlichsten Lehrbüchern der Geburtshilfe wird dieses Thema nicht erschöpfend abgehandelt, wahrscheinlich deshalb, weil auch den beschäftigten Geburtshelfern nur wenige derartige Fälle unter die Hände kommen, und die diesbezüglichen Publicationen an Zahl und Inhalt noch nicht genügen, um auf Grundlage derselben eine solide Statistik aufbauen zu können, aus der erst wieder allgemein giltige Schlussfolgerungen gezogen werden könnten. So viel steht fest und ist schon seit lange bekannt, dass Schwangerschaft und Uterusmyom selten zusammen vorkommen, und wenn schon, dann zumeist bei schon älteren Frauen. Dass hier ein Causalnexus vorherrscht, ist zweifellos; doch ist derselbe nicht ganz klar. In älteren Büchern findet man die Angabe, dass nicht befriedigter Geschlechtstrieb und Sterilität ein ursächliches Moment für die Entstehung und Entwicklung der Uterusmyome abgebe, indem man als Beleg das häufige Vorkommen dieser Neubildung bei Nonnen anführt. Viel wahrscheinlicher ist es aber, dass umgekehrt die Fibromyome die Sterilität verursachen; ja wir können sogar einen Schritt weiter gehen und uns der Behauptung anschliessen, dass diese Neugebilde nicht so sehr in mechanischer Weise die Conception behindern, als vielmehr dadurch, dass wegen der concomitirenden Erkrankung der Uterusschleimhaut das Ovulum keine zur Haftung geeignete Pflanzstätte finde, und wenn schon implantirt, in seiner Weiterentwicklung gehindert oder mit anderen Worten nicht gehörig ausgebrütet werde, weshalb wir hier auch so oft Abortus und Frühgeburt antreffen. Wenn nun doch durch ein günstiges Zusammentreffen der Umstände bei Vorhandensein von Uterusmyomen Conception stattgefunden, und der Fötus sich regelmässig fortentwickelt, so entsteht die wichtige Frage, welche Veränderungen erleidet dadurch das Pseudoplasma und in welcher Weise werden durch letzteres Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beeinflusst? Die erste Frage ist viel leichter zu beantworten als die zweite.

Das Myom kann entweder unverändert bleiben, was wohl selten der Fall ist, oder eine Scala von Veränderungen durchmachen, so dass es manchmal makroskopisch gar nicht zu erkennen ist. Es wird erstens grösser, was uns gar nicht wundert, da ja während der Gravidität Neubildungen, wenn sie auch an von den Genitalien weit entfernteren Körperstellen, z. B. im Gesichte sich vorfinden, an Grösse zuzunehmen pflegen. Zweitens wird es saftiger, weicher, elastischer, mitunter ganz oder stellenweise fluctuirend, ja zu einem förmlichen Brei oder cystös umgewandelt. Drittens blutreicher, dem entsprechend auch von anderer Farbe vom schwächsten bis zum dunkelsten Roth, von kleineren oder grösseren apoplektischen Herden durchsetzt, in welchen sich nur Trümmer des ursprünglichen Gewebes mit Mühe nachweisen lassen. Viertens verliert es seine charakteristische runde Gestalt, indem es abgeplattet wird, und zwar in Folge des Doppeldruckes, den es einerseits von Seite des Eies und anderseits vom Uteruskörper (resp. von den Bauchdecken, wenn es subserös gelagert ist) so lange auszuhalten hat. Während der Geburt ist es mechanischen Insulten ausgesetzt und im Wochenbett macht es mehr oder minder eine regressive fettige Metamorphose durch (analog der Uterusmusculatur, wovon man sich an den vorgelegten mikroskopischen Präparaten, die dem zu besprechenden Falle entnommen sind, überzeugen kann). Der Einfluss,

Digitized by Google

den die Fibromyome auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ausüben, ist gar mannigfach und nur zu häufig ein deletärer. Wohl gehen auch hier alle diese Functionen nicht selten anstandslos vor sich, wobei die natürlichen Kräfte in der Bewältigung der grössten Hindernisse oft Unerwartetes leisten, doch öfter noch muss und soll die Kunst in der verschiedensten Weise nachhelfen. Die grösste Gefahr erwächst für die Frau nicht, wie man meinen sollte, aus der Geburt an und für sich, sondern aus dem Puerperium; denn, wenn auch in Folge der äusserst verlangsamten und unregelmässigen Eröffnung des Muttermundes, der Wehenanomalien, der gewöhnlich fehlerhaften Lagen des Fötus und der Raumbeschränkung die Geburt erst mit Zuhilfenahme künstlicher Mittel zu Ende geführt werden kann, so sind doch die hieraus (Forceps, Wendung, Kraniotomie, Embryulcie) resultirenden Gefahren (mit Ausnahme des manchmal nicht zu umgehenden Kaiserschnittes) gering im Vergleiche zu dem, was später zu fürchten ist. Die Placenta muss oft künstlich entfernt werden, vor Nachblutungen ist man nie sicher und die Wochenbetterkrankungen, und zwar solche der schlimmsten Art, treten hier aus begreiflichen Gründen leichter auf. So schwierig nun auch die Behandlung eines derartigen Falles sein mag, so bildet doch die Diagnose den schwierigsten Theil der ärztlichen Aufgabe, was auch aus der folgenden Krankengeschichte zu ersehen ist, die nicht blos ihrer Seltenheit wegen (vielleicht ein Unicum) eine Veröffentlichung verdient, sondern hauptsächlich deshalb, weil sie in mehrfacher Hinsicht lehrreich ist.

Am 31. October v. J. wurde der Vortragende von Dr. Morgenstern nach Weinhaus zu einer Patientin gerufen, welche circa 40 Jahre alt, angeblich früher stets gesund, mit 17 Jahren menstruirt, bald darauf durch zwei Jahre chlorotisch war, dann die Menses stets in jeder Hinsicht normal bekam, mit 23 Jahren heiratete, 7 Jahre lang steril blieb, hierauf 3 Mal in Zwischenräumen von circa 2 Jahren niederkam (3. Kind in Steisslage), alle Geburten ganz gut überstand und vor 6 Wochen zum 4. Mal niederkam. Schwangerschaft und Geburt sollen auch diesmal ganz normal vor sich gegangen sein, aber im Wochenbett traten Störungen auf, so dass sie seither das Bett nicht verlassen konnte. Diese Störungen bestanden hauptsächlich in Blutungen, welche namentlich seit der 3. Woche häufiger und stärker auftraten und, trotzdem sie von Dr. M. mit den gewöhnlichen Mitteln stets zum Stillstand gebracht wurden, die Kranke so herunterbrachten, dass sie vor Schwäche sich kaum mehr aufrichten konnte. Am obgenannten Tage fand Dr. M. am Scheideneingange ein eihautartiges Gebilde. Da wegen der so hochgradigen Anämie keine Zeit mehr zu verlieren war, schritt Redner gleich zur manuellen Entfernung des auch von ihm für Eihautreste angesehenen Gebildes, um auf diese Weise die Blutungen radical zum Stehen zu bringen. V. ging mit 2 Fingern in die Scheide ein, passirte leicht den weiten Cervicalcanal, drang anstandslos über den inneren Muttermund vor, fand aber immer noch kein Ende, sondern stiess auf festere und grössere Massen, welche V. sägend anfangs leicht, dann immer schwerer und schwerer von der Innenfläche des Uterus ablöste; so führte V. nach und nach die halbe, dann die ganze linke Hand in die Uterushöhle ein (mit der rechten Hand den Uterus von aussen durch die Bauchdecken immer entgegendrückend), riss an mehreren Stellen die Geschwulst ein, um einen Theil derselben in die Scheide schieben zu können und so mehr freien Raum zu bekommen, ohne aber auch nur das geringste Stückchen ganz abzureissen, und so gelang es V. mit der grössten Mühe von rechts kommend bis zur Insertionsstelle der linken Tuba zu gelangen, wo er aber den grössten Widerstand fand und nur mit Hilfe der Nägel die Lostrennung erzielen konnte. Jetzt erst zog V. die Hand heraus, welche bis dahin auch als Tampon sehr gut gewirkt hatte und kaum war die Masse entfernt, so stürzten gleich Blutklumpen und ein Guss frischen Blutes aus dem Uterus hervor. Letzterer wurde energisch massirt und

Digitized by Google

Eiswasser in seine Höhle eingespritzt. Die Blutung war bald sistirt, doch zur Vorsicht der gut contrahirte Uterus noch weiter bewacht, ein schweres, in Eiswasser getauchtes, gut ausgerungenes Leintuch auf den Unterbauch gelegt und innerlich Secale verabreicht. Während dieser schmerzhaften Operation und auch nach derselben wurde der Kranken mehrmals Wein verabfolgt, und während einer kurzen Zeit musste sogar künstliche Respiration (durch regelmässigen Druck auf die Hypochondrien) eingeleitet werden. Der weitere Verlauf war ein überraschend günstiger. Nicht nur, dass die Blutung permanent gestillt war, es trat auch nicht die geringste Reaction auf. Keine Spur von Fieber, kein Schmerz, kein übelriechender Ausfluss folgte. Nur die ersten paar Tage gingen anfangs wenig Tropfen Blutes, dann ein sehr mässiger eitriger Ausfluss ab. Die Erholung ging jedoch trotz guter Ernährung nur sehr langsam vor sich. Die Menstruation stellte sich erst 3 Monate nach der Operation ein, war normal und blieb es auch. Das Präparat, welches nicht die geringsten Spuren von Fäulniss zeigte, war der Grösse, Configuration und Consistenz nach einer Placenta täuschend ähnlich, nur fehlten die zahlreichen grossen Gefässe, und die Farbe war eine weisslich grau röthliche. Die mikroskopische Untersuchung zeigte den Charakter eines gewöhnlichen Fibromyoms, dessen musculöse Elemente jedoch an vielen Stellen im Stadium der fettigen Metamorphose. Das Präparat wird dem hiesigen pathologisch-anatomischen Museum einverleibt. Hierauf sprach der Vortragende über die Differentialdiagnose derartiger Tumoren, welche mit Placenta retenta, fibrinösen Polypen, einem zweiten Fötus und Uterus bicornis verwechselt werden können, und hob in therapeutischer Hinsicht besonders hervor, dass nicht blos die Höhe des Blutverlustes, sondern auch das Bersten der Kapsel die sofortige Vornahme der Operation indiciren, da sonst durch den Zutritt der Luft alsbald Zersetzung der Geschwulst erfolge, die leicht zu Septicämie führen könne. Selbstverständlich hat dieser Fall auch für den Gerichtsarzt Interesse. Das leichte Eindringen in den Uterus war nach des Vortrag. Ansicht zum Theil auch dadurch bedingt, dass gerade am Ende der 6. Woche des Puerperiums die Menstruation aufzutreten pflegt, während welcher ja bekanntermassen Muttermundsöffnungen stets weiter gefunden werden.

Sitzung am 20. April 1877.

Herr Prof. Hebra stellt einen Fall von Eczema marginatum vor, welcher die bei dieser Erkrankung nicht allzu häufig zu beobachtenden Bläschenproruptionen in exquisiter Weise zeigt. Die Erkrankung besteht in diesem Falle seit drei Jahren und wurde hervorgerufen durch die Anwendung von Kataplasmen. H. schildert nun die verschiedenen Formen, in welchen das Leiden in die Erscheinung tritt, macht besonders darauf aufmerksam, dass in manchen Fällen gar keine Bläschen vorkommen, und dass in diesen gerade der Nachweis von Pilzen in den erkrankten Partien viel leichter als in den frischen Fällen, wo es zum Ausbruch von Bläschen kommt. H. bemerkt ferner, dass die Therapie des Leidens eine unfehlbar in mehreren Wochen zum Ziele führende sei, und dass sie einfach darin bestehe, dass man die erkrankten Partien durch 6 Tage mit Ungt. Wilkinsonii einreibt und diese Salbe 6 Tage liegen lässt.

H. demonstrirt ferner einen zweiten Fall von Eczema marginatum, bei welchem ebenfalls durch Anwendung von Umschlägen die Erkrankung hervorgerufen wurde. H. ist der Meinung, dass die Application der mit Pilzen geschwängerten feuchten Lappen die Epidermis disponirt zur Aufnahme von Pilzen, und dass dann diese Pilze in die Epidermis hineinwachsen. H. ist auch der Anschauung, dass die verschiedenen Pilzformen nicht different sind in ihrer Individualität, sondern nur in ihren Morphen. Damit hängt es zusammen, dass es möglich ist, aus Herpes tonsurans Favus zu entwickeln, was H. wiederholt gelang.

Digitized by Google

Prof. Dittel: „Ueber Lister's Wundbehandlung."

Nachdem D. einen detaillirten Bericht über 129 von ihm streng nach Lister's Methode behandelte Fälle gegeben und die damit erzielten Resultate mit den nach seiner gewöhnlichen Behandlungsmethode beobachteten, so weit dies eben anging, verglichen, spricht er sich über den Werth der Lister'schen Methode folgendermassen aus. Der Lister'sche Verband hat auf die Blutstillung, das Gemeingefühl und die Wundreaction einen sehr wohlthätigen Einfluss. Er erzielt in manchen Fällen die Heilung per primam, in anderen eine partielle Heilung per primam, in anderen dagegen ist dieselbe auf keine Weise zu erzielen, und dann ist man genöthigt, ihn mit einer relativ offenen Wundbehandlung zu vertauschen. Für Verletzungen gewisser Gewebe scheint der Lister'sche Verband absolut ungeeignet zu sein, das sind namentlich Wunden, wo dicke Fettlappen aneinander heilen sollen, oder wo Geschwülste eine grössere Höhle im dicken Panniculus adiposus zurücklassen — es tritt in solchen Fällen durch Zersetzung des Fettes in der Wunde leicht Erysipel auf, ferner bei centralen Knochenleiden, wo D. fast durchwegs mit dieser Methode ungünstige Resultate erzielte. Der Grund liegt einfach darin, dass bei den letztgenannten Krankheiten die Heilung durch Granulation und Narbenbildung erfolgt, was durch die offene Wundbehandlung leichter erzielt wird. Er übt ferner in den Fällen, wo es zu keiner Heilung per primam kam, einen günstigen Einfluss auf den Process der Granulation. Er bietet Schutz gegen gewisse accidentelle Wundkrankheiten. Eczem und Pyämie treten seltener auf, dagegen wird das Erysipel häufig beobachtet, was damit zusammenhängt, dass der Verband als Occlusivverband zu Eiterretention Veranlassung gibt. Die Lister'sche Behandlungsmethode ist durch eine andere zu ersetzen: 1. wenn die Heilung vollständig misslungen ist; 2. wenn die Wunde einen diphtheritischen Belag bekommt, welcher durch Chlorzinklösung nicht zu entfernen ist. Was die Verpflegsdauer seiner Kranken anbelangt, so war dieselbe durchschnittlich eine kürzere als gleichzeitig auf anderen chirurgischen Abtheilungen des Krankenhauses; dies hat jedoch gar keine Bedeutung, weil die Durchschnittszahl sehr wesentlich von den gewöhnlich in kurzer Zeit lethal verlaufenen Fällen beeinflusst wird. In einzelnen Fällen war dieselbe eine sehr grosse, sie erstreckte sich über 100, 200, ja sogar über 400 Tage. Günstig war das Verhältniss der Verpflegsdauer bei Castration und Amputatio mammae, sehr ungünstig beim Evidement. Was den Kostenpunkt anbelangt, so brauchte ein Kranker durchschnittlich während der ganzen Verpflegsdauer an Verbänden 16 fl. 24 kr., an Medicamenten und Verbänden 20 fl. 25 kr., auf den einzelnen Verband 66 kr. Der Zeitaufwand des Operateurs ist nicht sehr hoch anzuschlagen, indem bei geübtem Personal ein Verband in 8, längstens 10 Minuten auszuführen ist.

D. schliesst mit der Bemerkung, dass der Lister'sche Verband zu den besten gehört, welche wir besitzen, und dass es sich der Mühe lohnt, denselben genau kennen zu lernen, nicht um denselben überall anzuwenden, sondern um zu wissen, in welchen Fällen und wie lange die Anwendung desselben von Nutzen sei.

292. Wissenschaftlicher Verein der k. k. Militärärzte der Garnison Wien. Sitzung vom 25. November 1876. Oberarzt Dr. Rammel: Mittheilung über einen interessanten Fall von eitriger Mittelohrentzündung.

Pat., Oberlieutenant, wurde mit vorwiegend typhösen Symptomen, jedoch ohne Milztumor in Behandlung genommen. Nach vier Tagen Temperaturserhöhung. Starke Schmerzen im Ohr, Empfindlichkeit des Warzenfortsatzes. Am sechsten Krankheitstage begann eine croupöse Pneumonie, deren Lösung nach vier Tagen eintrat. Am 10. Krankheitstage Facialisparalyse, Oedem des proc. mastoideus

Digitized by Google

und des oberen Augenlides. Chemosis. Pupillenerweiterung. Am 11. Tage leichte Somnolenz, Milztumor. Diagnose: Thrombosis sinus cavernosi.

In den nächsten zwölf Tagen blieben die angeführten Symptome in bald stärkerem, bald schwächerem Masse bestehen. Zu ihnen gesellte sich noch eine gangränöse Pneumonie, Stimmlosigkeit, tiefer Sopor. Am 26. Tage exitus lethalis. Die Section bestätigte die Diagnose. Als Ursache der Thrombose erwies sich Caries der oberen Wand der rechten Paukenhöhle. Michael.

Sitzung vom 9. Decbr. 1876. Prof. Politzer: Ueber einseitige Schwerhörigkeit und deren Einfluss auf die Militärdiensttauglichkeit.

Personen mit einseitiger Schwerhörigkeit hören auf grosse Distanzen häufig ebenso gut wie Normalhörende, leiden dagegen oft an der sog. Paracusis loci, d. h. an dem Unvermögen, die Richtung eines percipirten Schalles zu bestimmen Der Normalhörende beurtheilt die Schallrichtung wesentlich nach dem Umstande, ob derselbe rechts oder links stärker vernommen wird. Besitzen beide Ohren gleiche Stellung zur Schallquelle, so wird die Beobachtung ganz unsicher. Einseitig Schwerhörige verlegen einen Schall oft in die entgegengesetzte Richtung. Hält man einer gesunden Versuchsperson eine stark tickende Uhr über die Mitte des Kopfes, so wird, sobald ein Ohr mit dem Finger verschlossen ist, das Geräusch gegen die offen gebliebene Seite hinrücken. Selbst wenn die Versuchsperson sich durch das Sehen der betreffenden Uhr von der Unrichtigkeit ihrer subjectiven Empfindung überzeugen kann, wird es sich ebenso verhalten.

Aus diesen Gründen hält P. es für wichtig, einseitig Schwerhörige nicht zur Assentirung zuzuziehen. Besonders kann die Verwendung solcher Patienten bei dem so wichtigen Vorpostendienst, wenn Nachts die Richtung eines Geräusches beurtheilt werden soll, grossen Schaden nach sich ziehen.

Nachdem Dr. Chimani dem vortragenden Gaste seinen Dank ausgesprochen und dessen Beobachtungen aus eigener Erfahrung bestätigt hat, machte ersterer einige diesbezügliche Experimente an gesunden und kranken Individuen. Michael.

Sitzung vom 3. März 1877. (Nach einem Berichte der „Allg. Wiener med. Zeitung".) Prof. Dr. Podratzky: Ueber Massage.

Die Massage war unter Laien eher bekannt als unter den Aerzten, und war es erst Metzger in Amsterdam, der dieses Verfahren auf eine wissenschaftliche Basis stellte und staunende Erfolge erzielte.

Die Massage an sich ist ein altes Verfahren, das seit jeher instinctiv vom Volke geübt wird. Ist es doch nichts anderes als Massiren, wenn die Mutter die durch Fall entstandene Beule ihres Kindes mittelst eines Messers, Löffels oder einer Münze zerdrückt, um erfahrungsgemäss in dieser Weise eine raschere Aufsaugung des Extravasates zu bewirken, oder wenn der Arzt das Beulchen, das nach einer subcutanen Injection entsteht, durch Drücken, Reiben etc. zum Verschwinden bringt, indem die Flüssigkeit in das umgebende Bindegewebe verdrängt wird. Das Kneten, Schlagen, Treten wird in Ungarn ebenfalls vielfach geübt, und in türkischen und russischen Bädern werden an Rheumatismus Leidende in gleicher Weise erfolgreich bearbeitet.

Unter Massage versteht man ein Streichen, Kneten, Drücken, Schlagen oder Quetschen; das Streichen erfolgt stets in centripetaler Richtung, damit die durch obbenannte Manipulationen verdrängten oder vertheilten Exsudate, Extravasate oder Infiltrate, die jetzt mit einer grossen Zahl von Lymphgefässen in Berührung kommen, rascher resorbirt und aus dem Organismus entfernt werden. Mosengeil's Experimente haben gelehrt, dass dieses eintritt, und dass bei Anwendung der Massage künstlich erzeugte Exsudate in Gelenken in 2—3 Minuten zur Auf-

Digitized by Google

saugung gelangten, wobei die Wege, welche die durch fein verriebenen Tusch schwarz tingirte Flüssigkeit genommen, deutlich sichtbar waren.

Die Massage erstreckt sich auf die Haut, auf das Unterhaut-Zellgewebe, auf die Muskeln, auf die Gelenke und selbst auf die Knochen, an denen umschriebene starre Exsudate gleichfalls zur Resorption gelangen. Von den Gelenken sind ihr alle bis auf das Hüftgelenk leicht zugänglich, und auch da vermögen es geübte und kräftige Masseure, sich zwischen den Muskelgruppen durchzuarbeiten. Zuweilen gelangt man erst während der Massage zur richtigen Diagnose, indem der eigentliche und constante Sitz der Schmerzen, respective des Leidens erkannt wird. Viele Fälle von sogenannten „Gelenksneurosen," in denen man ausser der Schmerzhaftigkeit keine sicht- und fühlbaren Veränderungen an den Knochen finden konnte, heilten nach einigen Sitzungen, und es ergab sich dann zuweilen, dass man es mit einer umschriebenen Anschwellung des Knochens, oder mit einem starren Exsudate zwischen dem Knochen und der Beinhaut zu thun gehabt hatte.

Jede Beschreibung dieses Verfahrens ist unzulänglich, man kann es nur durch Autopsie erlernen.

Was den Schmerz anbelangt, so ist dieser bei Anwendung der Massage anfangs bedeutend, doch nimmt er zumeist bald ab, es gewöhnen sich die Patienten daran, und schon nach 3—4 Sitzungen gehen die Manipulationen schmerzlos vor sich. Die Dauer einer Sitzung beträgt 2—5 und 6 Minuten, in chronischen Fällen jedoch kann man auch 30 Minuten lang massiren.

Wir kennen vier Methoden der Massage. Die erste — Effleurage genannt — besteht in sanftem Hinstreichen; man leitet damit die Manipulationen ein, gewinnt den Kranken für sich und geht dann erst zu einem kräftigeren Verfahren über. Schon hierbei muss der Kranke, resp. der krankhaft afficirte Theil gut fixirt sein. Ein solches Streichen genügte, um den in einem Falle beobachteten sogenannten Ermüdungskrampf — durch zu häufiges Clavierspielen bedingt — welchen Redner bei der Tochter eines hohen Officiers beobachtete und behandelte, in acht Tagen zum Verschwinden zu bringen.

Der zu massirende Theil wird eingeölt, behaarte Körpertheile müssen rasirt werden. Unterlässt man letzteres, so stellt sich eine heftige Entzündung in der Haut (Haarwurzelscheiden) ein, und der Kranke darf wegen zu grosser Schmerzhaftigkeit Tage lang nicht berührt werden.

Weiters muss darauf geachtet werden, dass Alles, was die Circulation irgendwie beeinträchtigt, als Binden, Bandagen etc. beseitigt werde, denn es muss überall reges Leben herrschen, auf dass die Aufsaugung rasch erfolge.

Eine zweite Methode ist die sogenannte massage à friction — ein Kneten und Verstreichen der gekneteten Theile. Sie ist überaus schmerzhaft und anstrengend, jedoch sehr wirksam. Mit der einen Hand wird quer zur Achse des Gliedes geknetet, mit der anderen in dessen Längsachse centripetal gestrichen. Zum Schlusse wird wieder effleurirt.

Die Petrissage — das Kneten — ist ein weiteres Verfahren, das manche Aerzte mit besonderer Vorliebe üben; man zerdrückt oder zerwalkt hiebei das Infiltrat.

Dann kommt das Tapotement — das Klopfen — welches mit den Kanten beider Hände oder auch mit den geballten Fäusten oder mit der Hohlhand, schliesslich auch mit den Fingerspitzen ausgeführt wird.

Die meisten Fälle für die Massage geben Contracturen in den Gelenken ab, wie sie so häufig nach Entzündungen restiren, und mit gleich gutem Erfolge werden jene Fälle behandelt, in denen nur Steifigkeit in einem Gelenke zurückblieb, das, etwa wegen eines Beinbruches, lange Zeit im starren Verbande gelegen. Die in solchen Fällen naturgemäss sich einstellenden Oedeme verschwinden gleichfalls bei längerer Anwendung der Massage. Einseitig stark wuchernder Callus wird

Digitized by Google

durch dieses Verfahren bedeutend verkleinert, zuweilen zum Schwinden gebracht, und auch bei Tumor albus wird zuweilen wesentliche Erleichterung geschafft. Contraindicirt wäre die Massage natürlich, wenn bereits Eiterung in einem Gelenke vorhanden ist, und wenn die Knochen zerstört sind, weil dann die Jauche erst recht schnell in die Lymph- und Gefässbahnen getrieben würde.

Man hat auch interne Krankheiten durch die Massage heilen wollen, und in Polen und Ungarn ist es noch gang und gäbe, dass unter den Laien Verdauungsstörungen mit Walken, Kneten und Drücken des Magens behandelt werden. Dies haben auch Aerzte unternommen, es ist aber sehr zu widerrathen. Redner theilt einen Fall mit, wo ein Arzt, ohne von seinem Leiden, das in einem runden Magengeschwür bestand, volle Kenntniss zu haben, seinen Magen derart bearbeitete, und eines Tages plötzlich an innerer Verblutung starb.

Weil die Massage sehr anstrengend für den Arzt ist, so hat man daran gedacht, die menschliche Hand durch hölzerne Instrumente zu ersetzen; dies ist aber unthunlich und unrathsam, weil man nur mit der eigenen Hand die aufgewandte Kraft bemessen kann, und nur so bestimmte Körperstellen (Muskel, Bänder) bearbeiten kann.

Der Anfänger scheut es, in frischen Fällen zu massiren, da er fürchtet, die Entzündung zu steigern; dem ist aber nicht so, es kann hier bei einiger Vorsicht und Uebung fast nie geschadet werden. Der Schmerz, ohnedies nur bedingt durch die Schwellung der Theile, Druck auf die Nerven etc., hört durch die Verdrängung der pathologischen Producte bald auf, die Leute gewöhnen sich überaus rasch daran, die Empfindlichkeit wird hier nach einigen Sitzungen sogar subnormal.

Neuralgien, besonders Fälle, in denen es points douloureux gibt, an welchen das Neurilemma zuweilen verdickt und geschwellt ist, bilden ebenfalls eine Indication für die Massage; der Schmerz verschwindet oft dauernd nach einer einzigen Sitzung.

Durch die Massage werden alle jene Krankheiten geheilt, die auch bei anderen Verfahren heilen würden; bei dieser Methode aber kommt dies viel rascher zu Stande.

293. Verein der Aerzte in Niederösterreich. Prof. Novak: Ueber feuchte Wohnungen.

Die Trockenheit oder das Feuchtsein der Wohnungen ist auf die Gesundheit der Insassen derselben von ausserordentlich grosser Bedeutung. Es gibt noch immer unter den gebildeten Leuten viele, welche glauben, ein nasser Untergrund sei die einzige Ursache der feuchten Wohnungen. Oft genug ist es freilich so, aber nicht immer. Wenn auf nassem Untergrunde mit porösem, Flüssigkeiten leicht aufsaugendem Material gebaut wurde — viele Sorten von Kalksteinen, manche Gattungen von Sandsteinen zeigen diese Eigenschaften — so nehmen die Wandungen durch Capillarattraction viel Wasser auf und werden feucht. Auf diese Art entstandene Wandfeuchtigkeit ist am bemerkbarsten in den zunächst dem Erdboden gelegenen Gemächern, besonders, wenn der Boden des Erdgeschosses tiefer liegt als das Niveau des umgebenden Erdreichs. Hieraus ergeben sich die Mittel zur Vorsorge gegen die Gefahren eines nassen Bauuntergrundes. Bald muss getrachtet werden, durch Bau auf gebeizten Pfählen, durch Legung von Drainageröhren die Feuchtigkeit des Bodens abzuhalten, oder man muss die Fundamentirung sehr tief legen, wasserdicht machen, cementiren oder man, errichtet Etagebauten auf asphaltirtem Grundbau, unterkellert das ganze Gebäude, jedenfalls aber muss man bei der Auswahl des Baumaterials sehr sorgsam sein.

Ein Gebäude kann aber ebensogut von oben aus feucht werden. Wenn das Tagwasser keinen raschen Abfluss hat, kann es Wandfeuchtigkeit verursachen. Der

Digitized by Google

Regen und der Schnee sollen möglichst bald und vollständig vom Dach abgeleitet werden. Das spitze Dach wird diese Aufgabe besser erfüllen, als das flache. Echter Schiefer und eine gute Dachziegelbedeckung werden die Feuchtigkeit nicht durchlassen.

Eine häufige Quelle, welche die Wohnräume feucht macht, ist die Verwendung von ungeeignetem Bauwasser bei Herstellung des Hauses. Wenn das beim Bau zum Mörtelmachen verwendete Wasser viel salpetersaure Salze und Chlorverbindungen enthält, so sollte es niemals für Bauzwecke benützt werden. Der Kalk, den man zum Mörtelmachen braucht, verbindet sich mit dem Chlor der Chlorverbindungen des Wassers zu Chlorcalcium. Dieses sowohl, sowie die salpetersauren Salze sind bekanntlich Körper, welche die Fähigkeiten besitzen, beträchtliche Mengen von Krystallwasser zu binden. Wenn aber über wasserhaltiges Chlorcalcium trockene Luft strömt, so gibt ersteres an letztere einen Theil des Wassers wieder ab und wird dadurch relativ trockener. Gerade so verhält sich auch jenes Chlorcalcium und die salpetersauren Salze, welche nach dem Verdampfen des Mörtelwassers in den Mauern des Gebäudes zurückbleiben. Sie wirken wasseranziehend bei feuchter Witterung. Wände, zu deren Mörtel solches Wasser benützt wurde, erscheinen bald trocken, bald nass, dadurch bröckelt sich das Mauerwerk ab.

Auch mit gutem Wasser gebaute und selbst längere Zeit nach dem Bau ganz trocken gewordene Mauern können chlorcalcium- und salpetersalzhältig und demnach in oben besprochenem Sinne feucht werden, wenn durch Unwissenheit, Unreinlichkeit die Mauern nachträglich mit den erwähnten, wasseranziehenden Substanzen infiltrirt werden. Wenn die Abortschläuche undicht geworden sind, wenn Pissoirräume in Folge des Fehlens zweckmässiger Abläufe und richtiger Dichtung des Fussbodens davon nicht geschützt sind, dass ihre Wände besudelt werden, so müssen die stickstoffhältigen Substanzen innerhalb des porösen Mauerwerkes sich oxydiren und die obenerwähnten Uebelstände bedingen.

Am häufigsten werden die Wohnräume feucht durch ein unzweckmässiges Gebahren der Bewohner selbst. Man erinnere sich nur, dass ein erwachsener Mensch etwa $1^1/_2$ Kilo Wasser durch die Haut und Lunge an die ihn umgebende Luft täglich abgibt. Wird also ein Wohnraum von mehreren Personen benützt, so sammeln sich in kurzer Zeit sehr beträchtliche Quantitäten von Wasserdampf in der Luft an. Ein Theil schlägt sich an den kälteren Wandungen nieder und macht sie feucht. Diese Erscheinungen werden um so früher und um so intensiver eintreten, je dichter ein Wohnraum besetzt ist, je geringer sein Cubikinhalt, je leichter seine Wandungen abgekühlt werden können, je weniger er gelüftet wird.

Bei Hofwohnungen bleibt das Lüften, selbst wenn es fleissig vorgenommen wird, häufig ohne Erfolg, weil die Hofluft selbst eine stagnirende ist.

Auch wird häufig die Küche als Waschlocale für Wäsche benützt, sogar in Häusern, welche eigene Waschküchen haben.

Dass neugebaute Häuser noch längere Zeit nach ihrer Vollendung feuchte Wände aufweisen, ist eine allgemein bekannte Thatsache. Sie dürfte auch Jedem einsichtlich erscheinen, der sich klar macht, dass ein mittleres Wohnhaus gegen 80.000 bis 90.000 Liter Wasser zu seiner Herstellung bedarf. Der Zeitpunkt, wann ein solcher Neubau als genügend ausgetrocknet erachtet werden kann, wechselt sehr bedeutend. Er richtet sich nach dem Baumateriale; nach der Jahreszeit, der Witterung, nach dem Umstande, ob das Haus hinreichend vom Winde bestrichen wird oder nicht.

Ein grosser Uebelstand liegt darin, dass die nass gewordene Wand ein Hemmniss für die Verdunstung wird. Eine mit Feuchtigkeit getränkte Wand stellt eine grosse Verdunstungsfläche dar. Zum Verdunsten ist aber Wärme nothwendig. Diese Wärme wird der nächsten Umgebung entzogen, die Wand fühlt sich deshalb kalt an und wirkt auf die sie bestreichende Luft wie ein Condensator, sie schlägt

Digitized by Google

immer neue Quantitäten von Wasserdampf in tropfbarflüssiger Form nieder. Dazu kommt noch, dass das in dem Mauerwerk eingesaugte Wasser die Wände für Luft undurchlässig machte. (Med.-chir. Centralblatt)

294. Verein für Psychiatrie in Wien. Sitzung vom 31. Jänner 1877. Dr. Schlangenhausen: „Ueber Heilung der Psychosen unter Anwendung von Extractum secale cornutum."

Obgleich nach dem physiologischen Experimente die Wirkung des Secale cornutum noch nicht übereinstimmend festgestellt ist, da Brown-Séquard angab, dasselbe wirke direct auf die Gefässmusculatur oder auf die vasomotorischen Nerven oder das vasomotorische Centrum, Wernich nach subcutanen Injectionen von Ergotin Verengerung in den Arterien der durchsichtigen Froschtheile auftreten sah, Zweifel dies jedoch auch durch Injectionen mit anderen Substanzen erreichte und die Verengerung der Arterien als Reflexwirkung des sensiblen Reizes, respective des Schmerzes, den die Injection jedes beliebigen Stoffes hervorruft, erklärte, so wird das Mittel doch erfahrungsgemäss in der internen Medicin und Geburtshilfe schon längst mit Erfolg angewendet. Auf die Angaben von Langenbeck, Vogt und Potel, Löbel und Drasche und die Beobachtung hinweisend, dass stärkere Congestionszustände zur Zeit der Menstruation beständen und durch Secale, welches nicht nur auf die Gefässe des Uterus, sondern wahrscheinlich auch auf das Gefässcentrum und die Hirngefässe wirkt, gebessert würden, spricht der Vortragende seine Ansicht dahin aus, dass auch hallucinatorische Zustände, die zur Zeit der Menstruation vielleicht in Folge der dabei auftretenden Congestionszustände heftiger auftreten, ja dadurch entstehen, durch Secale cornutum gemildert werden könnten. Nach kurzer Angabe der in neuester Zeit (1876) von Draggendorf und Podwisotzky nachgewiesenen chemisch wirksamen Bestandtheile des Secale cornutum beschreibt der Vortragende die Anwendungsform, das Präparat und die Dosirung des Mittels, wie es auf der psychiatrischen Klinik des Herrn Prof. Meynert angewendet wird und zwar, da endermatisch der Erfolg, wenn auch ohne jede üble Nachwirkung, zweifelhaft war, in innerlichen Gaben, nämlich Extr. secale cornutum bis depuratum, von 0·5 bis 1 Gr. pro die in einer wässerigen 1—2% Lösung 8 Tage vor und nach den Menses. Bei Männern wurde das Medicament ohne Erfolg angewendet. Der Vortr. beschreibt weiters ausführlich drei Fälle, einen Fall von Puerperalmanie, einen von Tobsucht und einen von reiner einfacher Manie, wo nach kurzem, zur jeweiligen Menstruationszeit wiederholtem Gebrauche von Secale im ersten und dritten Falle gänzliches Schwinden der Hallucinationen und Heilung, im zweiten, der der Behandlung zu früh entzogen wurde, bedeutende Besserung eintrat. Die ähnlichen Resultate von Andal erwähnend, hofft zum Schlusse der Vortragende, wenngleich jedes neue Heilmittel auf ziemliches Misstrauen stosse, auf Grundlage seiner klinischen Beobachtungen nach weiteren Versuchen, auf baldige Bestätigung der günstigen Wirkung des Secale cornut.

In der sich darnach entspinnenden Debatte bemerkt Professor Meynert, dass er durch die Angabe Professor Jäger's, welcher bei Anwendung von obigem Mittel Verengerung in den Retinalgefässen auftreten sah, sich veranlasst fühlte, auch auf seiner Klinik Extractum secal. corn. anzuwenden. Weiters weist er darauf hin, dass auch die Menstrualblutungen durch Extr. s. c. beschränkt werden und sich deshalb herabgekommene Patientinnen leichter erholen; in welchem Zusammenhange die Reizerscheinungen des Gehirns mit den menstruellen Vorgängen stehen, wisse man wohl nicht; bei anämischen Kranken, bei welchen auch die Ernährung herabgesetzt sei, würde möglicherweisse durch Verengerung der Gefässe die Blutvertheilung regulirt, die secundären Hyperämien vermindert. Prof. Meynert sah

Digitized by Google

auch in der Privatpraxis nach dem Gebrauch des Mittels heftige Kopfschmerzen bei habituellen Congestionen schwinden.

Dr. Gauster ist auch der Ansicht, dass sich eine gewisse Anzahl von Psychosen der Frauen bessern, wenn die Menstruation sistirt oder auf ein Minimum herabgesetzt ist. Er erinnert jedoch auch an die Methode, vor den Menses Sabina zu geben, wornach auch Besserungen beobachtet wurden, indem man bei bestehenden Menstruationsanomalien nach dem Eintritte der Menses Besserungen der psychischen Erkrankungen constatirte.

295. Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung am 16. Februar 1877.

Prof. Breisky: „Zur Aetiologie der Ovariencysten." Prof. B. weist Eingangs seines Vortrages darauf hin, dass die pathologische Anatomie der letzten zehn Jahre die Existenz präformirter Räume für die Bildung aller Formen der Ovarialcysten nachgewiesen hat. (Graaf'sche Follikel, eingeschaltete Dermoide, Proliferation der Pflüger'schen Schläuche [Klebs]). B. erwähnt die Beobachtung Scanzoni's, der Ovarialtumoren auffallend häufig bei früher chlorotisch gewesenen Frauen sah und dies durch die menstruale Hyperämie der Chlorotischen, die die Follikel nur zur Anschwellung, aber nicht zur Ruptur zu bringen vermag, erklärt. B. schliesst seine einleitenden Bemerkungen mit dem Hinweise auf die Zusammenstellung Schröder's, dass Ovarialcysten am häufigsten zwischen dem 30. bis 50. Lebensjahre vorkommen, was offenbar mit der bedeutenden Steigerung der Ovarienfunctionen in dieser Lebensperiode in Zusammenhang steht. — Prof. B. theilt nun einen Fall mit, bei dem er genau die Entwicklung einer Ovariencyste nach vorausgegangener chronischer Oophoritis und Perioophoritis nachzuweisen im Stande war. Der Fall war folgender:

Im Februar 1875 wurde Prof. B. von einer etwa 43jährigen Frau, Mutter erwachsener Kinder, consultirt, die seit einem Jahre an Menorrhagien litt, welche im letzten halben Jahre einen heftigeren Charakter angenommen und die Pat. sehr herabgebracht hatten. Die Kranke war von ihren Aerzten mit Lapiscauterisationen und Injectionen kalten Wassers mit vorübergehendem Erfolge behandelt worden. B. fand bei der Untersuchung einen etwas vorgrösserten Uterus, und links dicht neben demselben, doch deutlich durch eine Furche von ihm getrennt, einen unbeweglichen, hühnereigrossen, harten, bei Druck schmerzhaften Tumor. Der Sitz und die erwähnten Eigenschaften der Geschwulst liessen die Diagnose einer Perioophoritis und Oophoritis sin. stellen, und B. empfahl demnach, statt der Localbehandlung eine die Resorption begünstigende Therapie. Es wurde, jedoch, wie sich später herausstellte, mit dem bisherigen Verfahren fortgesetzt. Nach einem Monate wurde B. in die Heimat der Kranken gerufen, da die Blutungen persistent geblieben waren. Der Tumor hatte jetzt die Grösse einer Faust, zeigte grosse Empfindlichkeit, doch keine Fluctuation, keine Beweglichkeit. Von diesem Befunde überzeugten sich auch die zwei anwesenden Aerzte der Kranken. Nach Verordnung von Bettruhe, täglicher Application von inneren und äusseren Jodanstrichen und hydropathischen Umschlägen und guter Nahrung sistirte die Blutung und B. erhielt zwei Monate später die Nachricht, dass sich die Kranke erholt habe und die Menses regelmässig im Typus und nicht zu stark eingetreten sind. Im Winter d. J. sah Prof. B. die Kranke zum dritten Male. Pat. klagte über Nervosität; die Menses waren in Ordnung, der Uterus beweglich, das Scheidengewölbe frei. Bei der äusseren Untersuchung tastete B. einen beweglichen gestielten Tumor, der die Grösse eines zweijährigen Kindskopfes hatte, über das kleine Becken erhoben und fluctuirend nicht schmerzhaft war — somit alle Charaktere einer Ovarialcyste darbot. — Prof. B. macht darauf aufmerksam, dass diese Beobachtung für die nicht selten behauptete, aber sehr spärlich durch zuverlässige Beobachtungen belegte Entstehungsweise von Ovarialcysten in Folge von

Digitized by Google

Entzündung spricht. Sie unterstützt die von Klebs ausgesprochene Ansicht, dass bei der menstruellen Schwellung, wegen der durch die Perioophoritis und Oophoritis verursachten Verdichtung der oberflächlichen Strata der Ovarien eine grössere Flüssigkeitsansammlung — ein Hydrops der mehr central gelegenen Follikel resultire; dabei bleibt auch der Fall denkbar, dass die Geschwulstbildung nach der Oophoritis einer anderen präformirten Bildungsstätte ihr Entstehen verdanken könnte.

Prof. B. erwähnt schliesslich noch eines Falles, den er im Jahre 1872 in Bern in Behandlung hatte. Es betraf dies eine Frau, die 7—8 Wochen nach der Entbindung, und wegen profuser Metrorrhagien sehr anämisch geworden war. Bei der Untersuchung fand B. einen noch ziemlich grossen Uterus, und rechts von demselben einen unbeweglichen, harten, empfindlichen Tumor von Hühnereigrösse. Prof. B. stellte die Diagnose Oophoritis d. Im Jahre 1875 erhielt B. eine Anfrage von Prof. Peter Müller in Bern um das Ergebniss seiner damaligen Untersuchung, da die Kranke — nun in P. Müller's Behandlung — zu dieser Zeit einen Tumor im Unterleib hatte, den Prof. Müller und Kocher für einen Ovarientumor hielten. Es scheint demnach, dass dieser Fall in seinem Verlauf dem erstgenannten durchaus analog war.

Dr. Soyka demonstrirte hierauf einige Präparate. Zuerst ein Fall von Aneurysma des Arcus aortae, das sich bei einem 40jährigen Weibe vorfand. Die Person hatte vor 20 Jahren eine syphilitische Infection durchgemacht, deren Spuren sich auch in der eigenthümlichen narbigen Abplattung des Zungengrundes sowie in Lebernarben zeigten; sonst hätte sich die Person stets gesund gefühlt, bis sich drei Wochen vor dem Tode erschwertes Athmen einstellte. Die laryngoskopische Untersuchung ergab kein Resultat, doch wurde an eine syphilitische Affection des Larynx, die Stenose bewirkte, gedacht. Zwei Tage vor dem Tode stellte sich bei der Kranken ein sehr heftiger Anfall von Asphyxie ein, von dem sie sich aber rasch und vollständig erholte, der jedoch am folgenden Tage wiederkehrte, und trotz rasch vorgenommener Laryngotomie zum Tode führte. Es fand sich bei der Obduction ein circa faustgrosses, sackförmiges Aneurysma der convexen, hinteren Wand des Aortenbogens, das nach rückwärts gegen die Trachea hin sich erstreckte, daselbst nach erfolgter Usur des entsprechenden Theils der Knorpelringe und der Schleimhaut etwa 2 Ctm. oberhalb der Bifurcation mehr oberhalb des rechten Bronchus in der Grösse einer Haselnuss in das Lumen prominirte. Die Oberfläche dieser Prominenz zeigte eine zum Theil rostbraune, zum Theil schwärzliche Färbung, war etwas wie siebförmig durchbrochen, und wurde zumeist aus den der Wandung des Aneurysma fest anhaftenden Thrombusmassen gebildet. An der rechten Seite des Sackes konnte man noch die Vena cava descendens nachweisen, die seitlich dislocirt erschien und an deren innerem Rande die Wand einen scharfen Winkel bildete, dessen Schenkel zum Theil sogar mit einander verwachsen waren. Die Art und Weise, wie dieses Aneurysma zum Tode geführt, ist eine etwas seltenere; es hatte nicht durch Berstung und dadurch erfolgte Blutung den tödtlichen Ausgang bewirkt, denn sowohl in den grossen als auch in den kleinen Bronchien waren nur minimale Quantitäten blutiger Flüssigkeit, mehr nur etwas blutig tingirter Schleim; sondern der Tod erfolgte hier durch Verschluss der Trachea, da nach Usur der Rippenknorpel bei der Füllung des Aneurysmasackes mit Blut ein derartiges Vordrängen desselben, besonders in dem schon in der Trachea prominirendem Theile eintreten musste, dass dadurch Verschluss der Trachea bewirkt wurde. Eine sehr bedeutende Arteriesklerose im aufsteigenden Theile der Aorta kann wohl als eines der Entstehungsmomente dieses Aneurysma aufgefasst werden, und lässt denn wohl auch auf einen Zusammenhang mit der vorangegangenen syphilitischen Infection schliessen.

Digitized by Google

Im zweiten Falle handelte es sich um ein circumscriptes Carcinom des Ductus choledochus in seinem zunächst der Papille gelegenen Antheil, bei dem die reichlichen Lebermetastasen einerseits, sowie die Kleinheit des primären Herdes anderseits leicht zu dem Irrthum eines primären Leberkrebses hätte führen können; doch wurde in diesem Falle auch schon aus dem Krankheitsverlaufe das Carcinom richtig localisirt.

296. **Berliner medicinische Gesellschaft.** Sitzung vom 6. December 1876. Herr E. Küster: Ueber Wirbelluxation.

Die Anschauungen über Wirbelluxation sind noch in keinem Punkte übereinstimmend; das zeigt sich selbst auf dem Gebiete der Terminologie. Es dürfte am besten sein, nach dem Vorgange von Blasius an der ganzen Wirbelsäule den oberen Wirbel als den verrenkten anzusehen. — Die reinen Luxationen an Brust- und Lendenwirbeln sind sehr selten, ebenso die an den zwei obern Halswirbeln. Am meisten Interesse erregen diejenigen der fünf untern Halswirbel, unter welchen wiederum die Verrenkungen des fünften und sechsten Wirbels die häufigsten sind. Die Verschiebung kann nach Zerreissung des Bandapparates nach jeder Richtung stattfinden; am häufigsten indessen sind die Verschiebungen nach vorn und aus dem Grunde auch besonders wichtig, weil sich dabei die Gelenkfortsätze des obern Wirbels hinter den Gelenkfortsätzen des untern Wirbels zu verschieben pflegen. Das kann auf einer oder auf beiden Seiten geschehen, und unterscheidet man darnach einseitige und doppelseitige Verrenkungen nach vorn.

Redner legt ein Präparat einer reinen doppelseitigen Verrenkung des fünften Halswirbels nach vorn vor. Dasselbe stammt von einem 58jährigen Manne, welcher sich die Verletzung durch Sturz auf den Hinterkopf zuzog. Die Diagnose wurde auf Fractur gestellt und deshalb kein Reductionsversuch unternommen. Erst am 83. Tage starb der nicht vollkommen gelähmte Kranke unter den Erscheinungen der Pyelo-Nephritis.

Legt man sich die Frage vor, ob bei derartigen Verletzungen ärztliche Hilfe noch möglich sei, so kommen, wenn man die Schwierigkeiten der Diagnose zunächst unberücksichtigt lässt, zwei Verhältnisse in Betracht, nämlich ob eine Reduction möglich sei und ob der Zustand des Rückenmarks eine restitutio in integrum hoffen lasse. — Die Reduction geschah früher ausschliesslich durch Extension und Contraextension, wobei gelegentlich Unglücksfälle vorgekommen sein sollen. Für die einseitigen Halswirbelverrenkungen hat deshalb Richec in neuerer Zeit ein wenig verletzendes Reductionsverfahren angegeben, welches sich aus einer Abductions- und Rotationsbewegung zusammensetzt, und Hüter hat dasselbe Manöver auch auf die doppelseitigen Verrenkungen übertragen. — Mit der erfolgten Reduction ist alles geschehen, wenn Lähmungen fehlten. Waren dieselben vorhanden, so können sie nach der Reduction schnell verschwinden, oder sie können langsam zurückgehen. Völlige Durchreissungen des Rückenmarks sind selten. — Es findet sich nun unter den Chirurgen der wunderliche Gegensatz, dass ein Theil die Reduction nur vornehmen will, wenn keine Lähmungen vorhanden, ein anderer nur dann, wenn Lähmungen vorhanden sind. Steht die Diagnose fest, so sollte man unter allen Umständen die Einrenkung vornehmen; aber freilich ist die differentielle Diagnose so schwierig, dass sie von vielen Seiten als unmöglich erklärt wird. Sehr erleichtern kann man sich dieselbe, wenn man jede derartige Untersuchung in der Narcose vornimmt. Bleiben auch dann noch Zweifel, so kann man getrost auch auf die Gefahr einer Verwechslung hin Reductionsversuche machen; ja selbst bei unzweifelhaften Fracturen spricht die Erfahrung bisher nicht gegen einen vorsichtigen Reductionsversuch.

Digitized by Google

Sitzung vom 14. December 1876. Prof. Leyden: „Ueber Lungenabscess."

Der Lungenabscess ist eine verhältnissmässig seltene Erkrankung, und wird leicht mit Lungengangrän einerseits, mit subacuter Lungentuberculose (käsiger Pneumonie) andererseits verwechselt. Der Lungenabscess spielte in der alten Medicin eine wesentliche Rolle und galt als einer der regelmässigen und häufigen Ausgänge der genuinen Peripneumonie. Erst Laënnec wies nach, dass der Ausgang der Pneumonie in Abscessbildung ein äusserst seltenes Ereigniss sei. Diagnostisch stellte Laënnec für den Abscess auscultatorische Symptome auf, welche den Höhlensymptomen entsprechen; indessen erwiesen sich dieselben vielfach als unzuverlässig und trügerisch. Eine wesentliche Förderung der Sache geschah durch Traube, der das Vorkommen von makroskopischen Parenchymfetzen, welche reichliches elastisches Gewebe, schwarzes Pigment und zuweilen rostfarbene Krystalle enthielten, als wesentliches diagnostisches Zeichen aufstellte. Hierdurch unterscheidet sich der Abscess einerseits von der Gangrän, in welcher die Parenchymfetzen leicht zerreiblich sind und kein elastisches Gewebe mehr enthalten, andererseits von der tuberculösen Lungenphthise, bei welcher makroskopische Fetzen nicht losgestossen werden. Hinsichtlich der Entstehung spricht sich Traube dahin aus, dass aus dem aus der Pneumonie sich entwickelnden Lungenabscess eine umfangreiche Gewebsnekrose hervorgeht.

L., welcher sich Traube's Auffassung anschliesst, betont die Nothwendigkeit, den Lungenabscess von der Gangrän zu unterscheiden. Zwar sind beide Processe nicht durch eine ganz scharfe Grenze getrennt, aber die Unterscheidung der einfachen gutartigen Eiterung ist für Prognose und Therapie von der grössten Wichtigkeit, und gibt überdies ein Krankheitsbild, dessen Symptom viel mehr Aehnlichkeit mit der subacuten käsigen Pneumonie zeigt, wie mit der Gangrän. Der eigentliche Lungenabscess stellt eine durch einfache Eiterung, unter ulceröser Schmelzung des Lungenparenchyms gebildete Höhle dar, welche zuerst eine fetzige, später eine glatte, mit Pyogenmembran ausgekleidete Wandung darbietet. Ihrer Entstehung geht vermuthlich immer eine Gewebsnekrose vorher, welche sich durch Eiterung eliminirt. Der Ausgang in völlige Verheilung ist anatomisch nicht sicher gestellt, aber nach den Krankenbeobachtungen nicht zu bezweifeln.

L. stellt 3 Gruppen von Lungenabscessen auf: 1. Die von aussen in die Luftwege perforirenden Abscesse. — (Stokes' Perforationsabscess of the lungs; Traube's latenter Abscess.) Es bilden sich, nicht selten unter ganz unbestimmten Symptomen, Abscesse ausserhalb der Lungen, welche plötzlich durchbrechen und eine Menge Eiter durch Husten und Erbrechen (Vomica) entleeren. Solche Abscesse brechen zuweilen durch die Brust- oder Bauchdecken (peripleuritische Abscesse) in die Lunge durch; auch die Empyeme gehören in diese Gruppe, bieten aber heutzutage nur selten Schwierigkeiten für die Diagnose, ferner die unter dem Zwerchfell gelegenen Leber- oder Peritonaeal-Abscesse und von den Wirbeln ausgehenden Senkungsabscesse.

Die zweite Gruppe sind die eigentlichen Lungenabscesse, zu der die viel discutirten, aus Pneumonie entstehenden gehören. Ausser diesen zählen hierher die embolischen und metastatischen Abscesse, welche im Symptom und Verlauf mit der erstgenannten Form ganz übereinstimmen. Auch die durch Verletzung der Lunge sowie durch das Eindringen fremder Körper in die Luftwege erzeugten Abscesse gehören hierher.

Die Abscesse der zweiten Gruppe entstehen unter dem Symptom einer acuten Pneumonie, welche am 7. oder 9. Tage zu kritisiren beginnt, aber nicht zur Reconvalescenz führt. Nach einigen Tagen steigert sich das Fieber, der Auswurf stockt, bis dann (im Laufe von 3 Wochen) ein reichlicher eitriger Auswurf mit Erleichterung aller Symptome eintritt. Der Auswurf ist reichlich (bis zu

Digitized by Google

1 Liter in 24 Stunden), schaumig, eitrig, zerfliessend, von fadem, indifferentem, höchstens vorübergehend von süsslich-stechendem Geruche. Er enthält makroskopische Parenchymfetzen (neben mikroskopischen, selten werden ausschliesslich mikroskopische gefunden). Dieselben sind in gelblich-dicklichem Eiter eingebettet, von grauschwärzlicher oder auch von ockergelber Färbung, von sehr wechselnder Grösse. Mikroskopisch enthalten sie *a*) reichliches, elastisches Gewebe, zuweilen grössere Gefässstämme; *b*) mässig reichliches schwarzes Pigment; *c*) Fettkrystalle, nicht aber die bekannten Margarinnadeln, sondern nur kleine, stielige Krystalldrüsen; *d*) Hämatoidin- (Bilirubin-) Krystalle in äusserst zierlicher Form, von ockergelber oder rostbrauner Farbe, theils in rhombischen Tafeln, theils in eigenthümlichen Büscheln, zuweilen in reichlicher Anzahl, mitunter auch nur einzeln. Bisher vermisste sie L. bei den typischen Lungenabscessen nie und ist daher geneigt, ihnen eine diagnostische Bedeutung zuzusprechen; *e*) Micrococcen, in Colonien von grobkörniger Beschaffenheit, ohne oder nur mit sehr matter Bewegung, sehr verschieden von den lebhaft bewegten Stäbchen-Bacterien der Lungengangrän; auch geben sie nicht die Jodreaction, scheinen somit von der Leptothrixform der Lungengangrän wesentlich verschieden zu sein. — Im Uebrigen enthalten die Sputa sehr zahlreiche Eiterkörperchen und zerstreute Lungenepithelien in ziemlich grosser Anzahl.

Als dritte Form nennt L. die chronischen Lungenabscesse, welche allerdings von dem eigentlichen Typus des Abscesses, sofern derselbe eine mit Eiter gefüllte Höhle darstellt, etwas abweichen, noch weniger mit den sog. kalten Abscessen Aehnlichkeit haben. Es handelt sich um chronisch entstandene, durch nekrotischen Gewebszerfall und einfache Eiterung gebildete Höhlen (Ulceration), welche sich in durch chronische Pneumonie afficirtem und indurirtem Gewebe bilden, von den tuberculösen Cavernen aber bestimmt zu unterscheiden sind. Traube erwähnt die Entstehung von Abscessen aus chronischer Pneumonie, und ein Engländer, Cotten, hat im Jahre 1855 geschildert, wie sich an die chronische Pneumonie die Bildung chronischer Abscesse anschliesse, aus welchen sich von Zeit zu Zeit unter sichtlicher Erleichterung eitriger Auswurf entleerte. Bemerkenswerth sind in diesen Fällen die Sputa, welche von eitriger oder schleimig-eitriger Beschaffenheit, ausser kleinen mikroskopischen Beimischungen elastischer Fasern, von Zeit zu Zeit reichlichere, klein makroskopisch derbe, stark schiefrige Parenchymfetzen enthielten, die ein derbfasriges, rein narbiges Aussehen darboten, offenbar also aus einem schiefrig indurirten Gewebe herstammen. Neben diesen beobachtet man öfters Cholestearintafeln im Sputum, deren diagnostische Bedeutung noch nicht zweifellos ist. Im Uebrigen besteht der Auswurf aus Fett- und Schleimkörperchen, welche eine starke fettige Degeneration zeigen.

297. Berliner medicinisch-psychologische Gesellschaft. Sitzung vom 6. November 1876.

Herr Leyden trug einen Fall von Rückenmarkserkrankung vor, welcher durch seine Entstehung und den anatomischen Befund von Interesse ist. Ein Eisenbahnbeamter, Bremser, 40 Jahre alt, verunglückte im Jahre 1873 durch Entgleisen des Zuges, wurde ein Stück mit fortgeschleppt und umhergeschleudert. Die ersten Folgen waren: Mattigkeit und Schwäche, Schmerz in der linken Schulter und im Kreuze. Er musste eine Zeit lang das Bett hüten und litt längere Zeit an Schwäche in den Beinen, Beschwerden beim Uriniren und Schmerzen in der Schulter. Diese Symptome gingen vorüber, und der Kranke befand sich, obgleich er wegen Schwäche des linken Arms den Dienst nicht wieder aufnehmen konnte, in leidlichem Zustande bis Januar 1876. Da nahmen plötzlich die Schmerzen wieder zu, es stellte sich bis zum 22. Januar eine schnell zunehmende Lähmung ein mit Schmerzen in der Schulter und im Rücken, und es traten auch in die linke

Digitized by Google

untere Extremität ausstrahlende Schmerzen auf. Eine elektrische Behandlung hatte keinen Erfolg, vielmehr steigerten sich die Beschwerden, so dass der Kranke bei seiner Aufnahme in das Strassburger Spital am 11. Februar vollständig gelähmt war; dabei Gefühl eines Reifens um die Brust, Schwäche und Steifigkeit in der linken Schulter und lebhafte Schmerzen im Rücken; die Wirbelsäule war nicht deform, aber sehr steif und beim Aufheben lebhaft schmerzend. Der Verlauf war der gewöhnliche einer Myelitis und zwar, wie man gleich annehmen konnte, einer Compressionsmyelitis, und da eine Wirbelerkrankung nicht nachzuweisen war, so wurde die Diagnose auf Tumor gestellt. Die Autopsie ergab eine geschwulstartige Neubildung am Rückenmark, welche die dura mater umgab, dieselbe gewissermassen umwölbte, also das Mark zu comprimiren geeignet war und auch eine Myelitis veranlasst hatte. Die Neubildung hatte eine gelblich-röthliche Farbe und bestand aus kleinen, nahezu miliaren Knötchen von käsiger Consistenz. Sie erstreckte sich von der unteren Hals- bis in die mittlere Brustgegend und drang bis auf die Innenfläche der Dura. Diese Beschaffenheit der Neubildung, welche sie den tuberculösen Massen nahestellt, unterstützt die durch die Krankengeschichte gewonnene Anschauung von der Entstehung der Krankheit. Es handelte sich um einen chronisch entzündlichen Process, welcher käsig wurde und sich in einer tumorartigen Form darstellte. Hervorzuheben ist es, dass die Entwicklung drei Jahre dauerte und der Patient sich dabei leidlich befand, bis die Myelitis sich einstellte. Von Interesse ist ferner, dass dieser Process sich fortsetzte durch die Intervertebral-Löcher längs der Armnerven im lockeren Bindegewebe bis in die Muskeln der linken Schulter. Es entsteht dadurch die Frage, was das Primäre war, eine Frage, die sich nicht entscheiden lässt; jedenfalls aber haben sich die Processe im Zusammenhange entwickelt. Die Affection des Rückenmarks selbst endlich zeigte sich als eine exquisit den ganzen Querschnitt durchsetzende Veränderung von blasiger Beschaffenheit, an welche sich nach oben und nach unten die Degeneration anschloss, wie sie immer die Compression begleitet.

Sitzung am 23. Februar 1877.

Senator: „Zur Lehre von der thierischen Wärme.“ S. bespricht die Frage nach der Wärmeregulation, in Betreff deren sich zwei Ansichten gegenüberstehen. Die eine findet die Mittel, durch welche die „Warmblüter“ ihre Innenwärme trotz äusserer Temperaturschwankungen constant halten, abgesehen von willkürlichen und instinctiven Massregeln, hauptsächlich in Veränderungen der Wärmeabgabe, welche durch Aenderungen der Circulation und Verdunstung von Seiten der Haut bewerkstelligt werden, während nach der anderen Ansicht eine unwillkürliche und reflectorische Anpassung der Wärmebildung an den Wärmeverlust, also eine Steigerung der Wärmebildung bei Abnahme der äusseren Temperatur und eine Verminderung jener bei Zunahme dieser stattfinden soll. S. zeigt, dass das Regulationsvermögen der Warmblüter, wenn sie von den willkürlichen Schutzmassregeln (Bewegung, Nahrung etc.) keinen Gebrauch machen, ein sehr beschränktes sei, und dass namentlich die Menschen, obgleich sie durch ihre Intelligenz es verstehen, sich am meisten gegen die Schwankungen der Aussentemperatur zu schützen, nur innerhalb ganz enger Grenzen ihre Innenwärme bewahren können, wenn sie auf die willkürlichen Schutzmassregeln verzichten. Alle diese Erfahrungen sprechen nicht für das Vermögen, die Wärmeproduction nach dem Wärmeverlust zu regeln, aber sie bilden auch keinen strengen Beweis dagegen. Bewiesen oder widerlegt könnte das Vorhandensein eines solchen Vermögens nur werden durch calorimetrische Untersuchungen oder durch Untersuchung der Stoffwechselvorgänge. Bei den calorimetrischen Untersuchungen, welche schon an und für sich grosse Schwierigkeiten bieten, tritt in diesem Falle, wo es sich also z. B. um den

Digitized by Google

Einfluss der Abkühlung handelt, noch der Umstand erschwerend hinzu, dass, wie es eben in dem Begriff der Abkühlung liegt, in jedem Fall mehr Wärme, als normal abgegeben wird, während man nicht weiss, wie viel davon in derselben Zeit producirt ist und wie viel der Körper ausserdem von seinem Bestand an Wärme hergegeben hat. Ungefähr lässt sich dieser letztere Antheil durch Messung der Körpertemperatur vor und nach der Abkühlung schätzen. In einigen solchen Untersuchungen sprach das Ergebniss nicht dafür, dass selbst bei sehr mässiger Einwirkung von Kälte auf die Haut, mehr Wärme, als ohne diese Einwirkung bei sonst gleichem Verhalten, gebildet worden wäre.

Was die zweite Methode, die Untersuchung des Stoffwechsels betrifft, so genügt die alleinige Bestimmung der ausgeathmeten CO_2 nicht, weil diese in ihrer Menge sich ändern kann, ohne dass gleichzeitige Aenderungen in ihrer Bildung stattfinden. Sicherer sind die Bestimmungen der ausgeathmeten CO_2 und des gleichzeitig eingeathmeten O. Ueber den Einfluss der äusseren Temperatur auf diese Gase liegen nur wenige Untersuchungen bisher vor. An Menschen sind von Speck drei Versuche angestellt worden, bei welchen während der Abkühlung zweimal die CO^2 und zweimal der O innerhalb der normalen Schwankungen lag, einmal überstieg die CO^2, und in einem anderen Versuch der O das normale Maximum ganz wenig und dabei waren Muskelanstrengungen (Waschungen) nicht ausgeschlossen. Neuerdings sind in Pflüger's Laboratorium und auf dessen Veranlassung Untersuchungen angestellt, von Röhrig und Zuntz an Kaninchen und von Colasanti an Meerschweinchen. Pflüger selbst stellt auf Grund dieser Untersuchungen folgende Gesetze auf: 1. Ausathmung von CO^2 und Aufnahme von O gehen parallel (wenn nicht Dyspnoë vorhanden ist), so dass wenn von O wenig aufgenommen wird, auch von CO^2 wenig producirt wird und umgekehrt. 2. Der Quotient $\frac{CO^2}{O}$ ist eine unveränderliche Grösse („Naturconstante"). 3. Bei Thieren mit unversehrtem Nervensystem wirken Temperaturschwankungen der Umgebung von der Haut aus reflectorisch auf den Stoffwechsel, so dass jeder Abnahme der äusseren Temperatur eine entsprechende Steigerung des Stoffwechsels (gemessen durch das Verhalten der CO^2 und des O) entspricht. 4. Dies gilt nur, so lange die Temperatur im Innern (Rectum) des Thierkörpers nicht über oder unter eine gewisse Grenze geht. Bei sehr hoher Temperatur im Innern werden maximale Werthe des Stoffwechsels und bei sehr niederer Temperatur minimale Werthe beobachtet ohne Rücksicht auf die Temperatur der Umgebung.

S. weist nach, dass die Versuche von Röhrig und Zuntz diesen Gesetzen nicht entsprechen, sondern theilweise ganz direct widersprechen, dass namentlich auch bei Einwirkung eines warmen Bades Zunahme der Gasmengen und bei Einwirkung eines kalten Bades Abnahme des Sauerstoffverbrauchs beobachtet wurde.

Colasanti hat hierüber an Meerschweinchen Versuche angestellt, welche sich vermöge ihrer ausserordentlichen Energie ihrer Wärmeregulation ganz besonders dazu eignen sollen. Doch gibt er an, dafür gesorgt zu haben, dass die Thiere in dem Athemraum nicht zu starker Kälte (nicht unter 6° C.) ausgesetzt waren. In der That hat in dem Athemraum während der Versuche eine Temperatur von 6—10° geherrscht. Aber vor dem Versuch hat er die Thiere stundenlang in einem Eiskasten gehalten, dessen Temperatur wohl wenig über 0° gewesen ist (wie auch aus andern Versuchen am Frosch hervorgeht). Nachdem die Thiere also stundenlang starker Kälte ausgesetzt waren, brachte er sie zum Versuche in eine um mehrere Grad höhere Temperatur, und fand dabei Steigerung des Stoffwechsels. Die Versuche sind daher nicht beweisend, dass sich Meerschweinchen abweichend

Digitized by Google

von Kaninchen (und Menschen) verhalten, sondern sie können eher noch als Beweis gegen den steigenden Einfluss der Kälte ausgelegt werden.

(Deutsche medic. Wochenschr. 1877.)

Sitzung am 23. März 1877.

Herm. Munk: „Zur Physiologie der Grosshirnrinde.“ Die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde ist für M. ein physiologisches Postulat, und er hat Versuche unternommen, die durch Fritsch und Hitzig angebahnte Kenntniss zu vervollkommnen. Goltz' Erfahrungen zeigen wohl im Allgemeinen, dass nach erheblichen Verstümmelungen des Grosshirns gewisse bedeutsame Störungen für immer zurückbleiben, aber im Besonderen lehren sie Nichts und können auch Nichts darüber lehren, ob und welche Leistungen den einzelnen Abtheilungen des Grosshirns zukommen. Hierfür war die Methode der Ausspülung der Gehirnmasse durch Brunnenwasser unbrauchbar. Denn ausser dass gewisse grosse Gehirnpartien geradezu fortgenommen wurden, mussten durch den Druck, der sogar häufig die Athmung und den Herzschlag zum Stillstande brachte und zu tagelanger Bewusstlosigkeit führte, wie nicht minder durch das den thierischen Theilen so schädliche Wasser auch noch andere Hirnpartien, und zwar in ganz unbestimmbarer Lage und Ausdehnung für kürzere oder längere Zeit functionsunfähig werden. Indem so aber durch die Operation eine noch viel umfangreichere Zerstörung angerichtet wurde, als schon von vornherein beabsichtigt war und durch die Section zur Feststellung kommen konnte, lässt es sich einerseits nur zu gut begreifen, wie Goltz, mochte er vorn oder hinten die Convexität angreifen, immer gleichartige und höchstens dem Grade nach verschiedene Störungen beobachtete, und ist es andererseits selbstverständlich, dass Goltz' Erfahrungen gegen die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde nicht zu verwerthen sind.

M. hat sich auf die Untersuchung der Convexität des Scheitellappens, des Hinterhauptlappens und des Schläfenlappens des Hundehirns beschränkt und stets an mittelgrossen Thieren ungefähr kreisrunde Stücke der Grosshirnrinde von circa 15 Mm. Durchmesser und circa 2 Mm. Dicke exstirpirt, theils an einer Hemisphäre und später symmetrisch an der zweiten, theils symmetrisch an beiden Hemisphären zugleich. Den Exstirpationen am Scheitellappen hatten zuerst Fritsch und Hitzig Bewegungsstörungen folgen sehen; „durch Abtragungen im Bereiche des Hinterlappens“ hatte Hitzig, und zwar, wie er glaubte, nicht durch Nebenverletzungen getäuscht, deren Einfluss er noch nicht hinreichend hatte feststellen können, „Blindheit des gegenüberliegenden Auges und paralytische Dilatation der entsprechenden Pupille“ hervorgebracht; nach grösseren Verletzungen des Hinterhirns endlich hatte Hitzig seinen sog. „Defect der Willensenergie“, d. h. einen Mangel des Widerstandes gegen passive Bewegungen der Extremitäten, beobachtet. Die Ergebnisse Ms. waren folgende:

Denkt man sich eine Linie von dem Endpunkte der Fissura Sylvii vertical gegen die Falx gezogen, so gibt diese Linie ungefähr die Grenze ab von zwei scharf getrennten Sphären des untersuchten Grosshirnrindenabschnittes — einer vorderen motorischen und einer hinteren sensoriellen Sphäre. Exstirpationen vor der Linie bedingen immer Bewegungsstörungen, Exstirpationen hinter der Linie haben nie, auch nicht spurweise, Bewegungsstörungen zur Folge. Ebenso ziehen den sog. „Defect der Willensenergie“ nur Exstirpationen vor der Linie nach sich, nicht Exstirpationen hinter der Linie. Im Bereiche der sensoriellen Sphäre wird regelmässig volle Seelenblindheit — ohne jede Veränderung der Pupille — erzeugt, wenn die Exstirpation den Hinterhauptslappen nahe seiner hinteren oberen Spitze trifft (Stelle *A*); volle Seelentaubheit, wenn die Exstirpation den Schläfenlappen nahe seiner unteren Spitze angreift (Stelle *B*); das Thier hat im ersteren Falle die Erinnerungsbilder der Gesichtsempfindungen, im letzteren Falle die Erinnerungs-

Digitized by Google

bilder der Gehörsempfindungen verloren. Nach Exstirpation vor der Stelle *A* oder unterhalb der Stelle *A*, zwischen dieser und der Stelle *B*, haben sich gar keine Veränderungen an den operirten Thieren wahrnehmen lassen.

Die beiderseitige Exstirpation der Stelle *B* — die einseitige Exstirpation führt hier nicht zu sicheren Beobachtungen — ist eine so eingreifende Operation, dass derartig verletzte Thiere noch nicht länger als 15 Tage am Leben erhalten worden sind. Innerhalb dieser Zeit hat nur eine spurweise Restitution der Gehörswahrnehmung constatirt werden können. Dagegen hat M. die Bewegungsstörungen sowohl, wie die Seelenblindheit ganz allmälig innerhalb 4—6 Wochen, und zwar stets vollständig, bis auf die letzte Spur, sich verlieren sehen, so dass die operirten Thiere schliesslich sich in Nichts mehr von normalen Thieren unterschieden. Die genaue Beobachtung, besonders der auf beiden Seiten zugleich operirten Thiere ergab, dass die Thiere von Neuem sehen lernten, gerade so wie in der frühesten Jugend.

Danach hält M. dafür, dass die Grosshirnrinde wirklich, so undenkbar und so wenig einer ernsten Behandlung werth auch Goltz eine solche Anschauung erscheint, doch „in verschwenderischem Uebermasse" angelegt ist, und es kann nach seiner Meinung auch schon deshalb gar nicht anders sein, weil immer neue Vorstellungen, neue Erinnerungsbilder gewonnen werden können. Dass die Grosshirnrinde erst in der Jugend mit Erinnerungsbildern besetzt wird, hat Soltmann gezeigt. Nun ist es aber nicht anzunehmen, dass gerade die Stelle *A* die ganze Sehsphäre, die Stelle *B* die ganze Hörsphäre repräsentirt. Vielmehr glaubt M., dass sowohl die Seh-, wie die Hörsphäre der Grosshirnrinde ausgedehnter sind, dass in dieser Seh-, resp. Hörsphäre die Erinnerungsbilder in der Reihenfolge etwa, wie die Wahrnehmungen dem Bewusstsein zuströmen, gewissermassen von einem centralen Punkte aus in immer grösserem Umkreise deponirt werden, und dass nach Exstirpation der zur Zeit alle oder die meisten Erinnerungsbilder beherbergenden Stelle *A*, resp. *B* der Rest der Seh-, resp. Hörsphäre in der Umgebung von *A*, resp. *B* mit neuen Erinnerungsbildern besetzt wird. Weder ein beliebiger Abschnitt derselben Hemisphäre, noch der symmetrische Abschnitt der anderen Hemisphäre, noch endlich auch bereits besetzte und mit anderen, nur gleichartigen Functionen betraute Nachbarpartien würden also den Ersatz der verlorenen Grosshirnrindenstelle übernehmen, sondern bis dahin unbesetzte Partien der vom Verluste betroffenen motorischen, resp. Seh- oder Hörsphäre.

Offenbar hat Goltz in Folge der grossen Ausdehnung seiner Zerstörungen der Grosshirnrinde immer die Bewegungs- mit den Sehstörungen verbunden gesehen und, weil zu wenig von der Seh-, resp. Hör- oder motorischen Sphäre erhalten geblieben war, nie eine völlige Restitution beobachtet; die Hörstörungen sind ihm vermuthlich deshalb entgangen, weil er die Grosshirnrinde nicht tief genug angegriffen und auch nicht an beiden Hemisphären gleichzeitig operirt hat. Seine Annahme, dass durch den Reizungszustand Hemmungsvorgänge von der Grosshirnwunde aus gesetzt seien, welche durch Lähmung gewisser in dem Kleinhirn und seinen Verbindungen gelegenen Centren alle die Störungen veranlassen, welche nicht bleibender Natur sind, ist unzulässig. Nicht blos sprechen gegen sie die schon von Hitzig vorgebrachten Gründe, sondern es widerlegt sie auch geradezu die Erfahrung. Häufig ist die entzündliche Reaction, welche am zweiten bis dritten Tage nach der Operation eintritt, nur gering und bedingt keine besonderen Erscheinungen. Hin und wieder aber, wenn sie stärker ist, tritt z. B. nach Exstirpation der Stelle vor *A*, an dem bis dahin vom normalen gar nicht abweichenden Thiere nunmehr eine rasch zunehmende Seelenblindheit ein, die nach 1—2 Tagen wieder ganz verschwunden ist. Ist die Reaction noch stärker, dann gesellen sich zur Seelenblindheit in wachsender Stärke auch Bewegungsstörungen hinzu, die aber gleichfalls ebenso rasch wie sie entstanden sind, sich wieder zurückbilden. Das

Digitized by Google

thut klar dar, was allein der Reizungszustand der Hirnwunde nach sich zieht: mit der zuerst um sich greifenden und dann sich zurückbildenden Entzündung eine rasch vorübergehende Functionsstörung in der Umgebung der exstirpirten Partie.

Auch am Pferde hat M. durch die Exstirpation kreisrunder Stellen der Grosshirnrinde von circa 20 Mm. Durchmesser und 2 Mm. Dicke das eine Mal, wo er nahe der hinteren oberen Spitze des Hinterhauptlappens operirte, Seelenblindheit, das andere Mal, wo eine Stelle des Scheitellappens angegriffen wurde, Bewegungsstörungen des Vorderbeins, beide Male an der entgegengesetzten Körperhälfte herbeigeführt. Die hier stets eintretenden heftigen Entzündungen haben ihn aber von weiteren Versuchen am Pferde abstehen lassen und um so eher, als die Pferde für die Beobachtung durchaus keine Vorzüge vor den Hunden darboten.

(Ztschr. für prakt. Medicin.)

298. 49. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg. Dr. Eisenlohr: Mittheilungen über anatomische Befunde bei spinaler Kinderlähmung.

E. referirt über einen Befund bei spinaler Lähmung beider unteren Extremitäten bei einem $^3/_4$jährigen Kinde. Es fanden sich diffuse Veränderungen im Rückenmark, die die Vorderseitenstränge und vordere graue Substanz betrafen. Es handelte sich um eine beträchtliche Verdickung der bindegewebigen Elemente in den Vorderseitensträngen mit theilweiser Atrophie der Nervenelemente, die am stärksten im Dorsaltheil und oberen Lumbaltheil ausgesprochen war, doch auch noch den Halstheil einnahm. Im unteren Lenden- und besonders im Sacraltheil war eine auffällige Kernvermehrung durch den ganzen Querschnitt der weissen und grauen Substanz vorhanden.

Die graue Substanz zeigte ebenfalls im Dorsal- und Lumbaltheil Atrophie der nervösen Elemente, Nervenfasern und Ganglienzellen bei stärkerem Hervortreten eines fibrillären, im Centrum etwas grobmaschigen Netzes von bindegewebiger Natur; im Halstheil waren die Nervenelemente, besonders die Ganglienzellen dagegen wohl erhalten; ebenso war die Atrophie im unteren Lumbalmark und Sacraltheil nicht mehr zu erkennen. Die vorderen Wurzeln dünn, übrigens mit wohl erhaltenen Axencylindern und Markscheiden. Die Musculatur des linken Ober- und Unterschenkels blass, atrophisch, die einzelnen Muskelfasern äusserst dünn, doch nicht ganz gleichmässig reducirt, einzelne relativ wohl erhaltene Fasern inmitten der atrophischen in geringer Zahl in kleinen Bündeln angeordnet, deren Lumen sie am Querschnitt des gehärteten Präparats nur zum kleinsten Theil ausfüllten; Querstreifung überall gut erhalten, keine interstitielle Fettwucherung.

E. resumirt, dass ein entschieden diffuser Process im Rückenmark in seinem Falle der Lähmung zu Grunde lag und erklärt die Leyden'sche Ansicht von einer Verschiedenheit der anatomischen Läsion bei spinaler Kinderlähmung für die Grundlage weiterer Untersuchungen.

Prof. Dr. Koeppe: Ueber Reflexpsychosen.

Das Schema der Reflexepilepsie ist be- und anerkannt und nach den jetzt berechtigten Ansichten von der Einheit der Neuro-Psychopathien kann für Epilepsie irgend ein anderer nervöser Symptomencomplex substituirt werden, auch Psychosen. Solche Substitution ist nicht nur a priori erlaubt, sondern von K. auch klinisch bestätigt; namentlich sind die Fälle von Quintusreizung (Kopfverletzung) sehr drastisch. Eine der neueren Beobachtungen wird ausführlicher mitgetheilt:

Der Kranke verletzte sich in früher Jugend die rechte grosse Zehe. Bis zum französischen Kriege blieb er gesund. Die forcirten Märsche brachten eine Art Neuralgie, von der Narbe ausgehend, zu Stande. Damit trat in Wechselbeziehung Verstimmung wegen Leistungsunfähigkeit, Schlaflosigkeit u. dgl., es

Digitized by Google

kam Mangel an Nahrung hinzu; der Kranke kehrte psychisch gestört zurück. Jahrelang litt er an melancholischer Unruhe und äusserte constant die sonderbarsten von der Narbe ausgehenden Empfindungen; die ganze rechte Seite sei klein; beide Körperhälften passen nicht zusammen; die rechte Hälfte sei hohl, voller retentirten Essens und Kothes; die Zehennarbe hindere den Blutlauf etc. — Die Excision der Narbe heilte prompt die bis 1875 bestandene Psychose. — Die Disposition des Centralorgans hatte sich der Kranke durch den Krieg erworben; der periphere Reiz war durch dieselbe Ursache vermehrt worden. Beim Wegfall des peripheren Reizes fiel auch die Psychose aus.

Dr. Fürstner fand bei einem ähnlichen Falle in der excidirten Narbe ein Nervenstück, das bei der mikroskopischen Untersuchung nicht verändert erschien. In diesem Falle trat längere Zeit nachher ein Recidiv der Psychose ein, man wagte aber nicht, eine nochmalige Operation vorzunehmen.

K. erwidert, dass er ebenfalls in den ausgeschnittenen Narben Nerven eingewachsen gefunden hat; Recidive und Nichtheilung sah er dort, wo aufsteigende Neuritis bestand, sich wieder Neurome bildeten etc.

Dr. Wendt erinnert an einen von ihm beobachteten Fall von Reflexpsychose, wo keine Operation nöthig war, sondern Heilung unter Anwendung von Morphiuminjectionen erfolgte.

Dr. Meschede: Pathologisch-anatomische Befunde bei hallucinatorischem Irrsein:

M. weist darauf hin, dass sich die Frage nach dem centralen oder peripherischen Ursprunge der Hallucinationen nicht in summarischer Weise beantworten lasse und dass die verschiedenen Vorgänge, welche man unter der Bezeichnung Hallucinationen zu subsumiren pflege, von sehr verschiedener Dignität und Bedeutung seien. Diesen Verschiedenheiten müssen auch Verschiedenheiten in Bezug auf den Sitz und die pathologisch-anatomische Grundlage entsprechen.

M. theilt zwei von ihm beobachtete Fälle mit, in denen stark ausgeprägte Hallucinationen bestanden hatten, und bei deren Autopsie pathologisch-anatomische Veränderungen der betreffenden Nerven-Apparate gefunden wurden. In dem einen, durch starke Geruchshallucinationen ausgezeichneten Falle fand sich neben einer Reihe anderer interessanter Befunde eine sehr ausgeprägte Degeneration (sclerotische Schrumpfung) der Riechkolben; — in dem anderen Falle, in welchem Gehörshallucinationen das dominirende Element der ganzen Psychose gebildet hatten, fand sich eine localisirte Degeneration der Acustici, während das Gehirn keine besonders auffallenden Veränderungen darbot.

299. Leipziger Bezirksverein. Barth: Ueber Abdominal-Typhus in Leipzig.

Es kommen blos circa 300 Erkrankungsfälle im Jahre vor. (Zugereiste 20 Percent.) Von den in Leipzig Einheimischen wurden während der 24 Jahre 1853—1876: 1717 an „Typhus" Erkrankte im Krankenhause behandelt. Leipzig zählt jetzt 135 485 Einwohner, München 209 000. Es finden sich aber in München jährlich ebenso viele Todesfälle an Typhus als in Leipzig Erkrankungen. Basel übertrifft Leipzig sogar um das Dreifache, obwohl es nur 49.158 Einwohner hat. Aus seinen weiteren Arbeiten zog B. folgende Ergebnisse: 1. Leipzig hat die geringste Menge Typhus-Erkrankungen und -Todesfälle unter den deutschen Städten gleicher oder grösserer Einwohnerzahl. — 2. Die Einführung der Wasserleitung hat keinen nachweisbaren Einfluss auf die Verminderung des Typhus ausgeübt. — 3. Während der beobachteten 24 Jahre zeigt die Menge der Typhusfälle erhebliche Schwankungen; — es muss also geschlossen werden, dass auch das den Typhus veranlassende Krankheitsgift erhebliche Aenderungen in dieser Zeit in Beziehung auf seine Menge oder seine Stärke erlitten hat. — Mit Leipzig gleichzeitig findet sich auch in Chemnitz und Berlin in den Jahren 1868 und 1869 eine sehr

Digitized by Google

erhebliche Abnahme der Typhuserkrankungen und Typhustodesfälle. — 5. Seit dem Jahre 1865 zeigte sich allmälige entschiedene Abnahme im Vorkommen des Typhus in Leipzig und eben so in Berlin, Dresden und Chemnitz. (Während dieser Zeit ist das Wechselfieber in Leipzig fast ganz verschwunden; die Gesammtsterblichkeit hat aber nicht erheblich abgenommen.) — 6. Im April und Mai ist alljährlich die geringste Zahl der Erkrankten und Gestorbenen notirt, — im September die grösste; dem September nahe steht der August, und dann folgt der Jänner. Letzterer Monat zeichnet sich in keiner anderen Stadt durch zahlreiche Typhusfälle aus. — Liebermeister nimmt als Ursache für die Steigerung des Typhus die Jahrestemperatur an, so dass auf die höchste Wärme nach etwa zwei Monaten auch eine Steigerung der Typhuserkrankungen folgt, und auf die grösste Kälte die Abnahme derselben. Die Diphtheritis, welche in Leipzig verhältnissmässig viel häufiger vorkommt als in Berlin und anderen Städten, hat ihre höchste Zahl im Jänner, die geringste im August. — 7. Die Verhältnisse des Grundwassers in Leipzig haben nicht (wie in München) eine bestimmte Beziehung der Schwankungen des Unterwassers zu den Schwankungen der Typhussterblichkeit ergeben. — 8. Vom Jahre 1868 ab betrug die Sterblichkeit der im Hospitale aufgenommenen Typhuskranken 9·1 Percent. — 9. Auffällig ist die grosse Zahl der im Krankenhause vorgekommenen Erkrankungen. Seit 1854—1876 sind nicht weniger als 96 Personen im Krankenhause vom Typhus befallen worden, darunter 9 Wäscherinnen, 4 Aerzte, 31 Wärterinnen, 3 Hausbeamte und 21 Kranke, welche auf der inneren oder äusseren Station wegen anderer Krankheit behandelt wurden. B. bemühte sich nachzuweisen, dass Ansteckung hieran nicht die Schuld tragen könne, da gerade diejenigen Personen, welche unmittelbar mit Typhuskranken verkehrten, nicht von der Krankheit befallen wurden, — oder andere gerade so lange frei blieben, als sie die Pflege der Typhuskranken ausführten, dagegen vom Typhus heimgesucht wurden, nachdem sie in einer anderen Station beschäftigt worden waren. Wenn hierdurch auch die Annahme der Ansteckung unwahrscheinlich wird, so gelingt es dem Vortragenden doch nicht, einen anderen Erklärungsgrund nachzuweisen. Im tiefsten Theile des Stadtgebietes kommt die grösste Zahl des Typhus vor.

300. Medicinischer Verein zu Greifswald. Sitzung vom 3. Februar 1877. (Bericht der dtsch. medic. Wochenschr.)

Prof. Eulenburg berichtet über Versuche, welche unter seiner Leitung von Herrn Niedick über experimentell erzeugte Neuritis und deren Folgezustände am Ischiadicus von Kaninchen dargestellt wurden. Zur Reizung wurde entweder Solutio Fowleri (mehrere Tropfen unter die Nervenscheide injicirt), oder Arg. nitr. in Substanz, oder Chromsäure benützt. Die Resultate stimmen, was die pathologisch-anatomischen Befunde betrifft, wesentlich mit den Angaben der früheren Experimentatoren: Tiesler, Feinberg und besonders Klemm (Diss., Strassburg 1874) überein. In allen Fällen fand sich zunächst eine von der Verletzungsstelle aus aufwärts und abwärts verbreitete Neuritis, und zwar nicht in continuirlicher Ausbreitung, sondern in disseminirten Heerden; abgesehen von der Applicationsstelle und deren nächster Umgebung waren es stets die Abgangsstellen der grösseren Aeste (Peronaeus), die Durchtrittsstellen durch das Becken, vor Allem aber die Eintrittsstelle des Ischiadicus in den Wirbelkanal, welche durch auffallende Betheiligung (Gefässinjection, Röthung und Schwellung des Neurilems, in einzelnen Fällen auch graugelblicher Belag und Verwachsung mit der Umgebung) in sehr ausgesprochener Weise hervorragten. An der Eintrittsstelle in das Rückenmark erschien in der Regel die Dura mater ödematös geschwellt, zuweilen verfärbt, graubläulich und durch Adhäsionen verlöthet; das Rückenmark selbst ebenfalls injicirt, ödematös und in seiner Consistenz etwas erweicht; wiederholt fanden sich auch noch andere Erweichungsherde im Rückenmark in verschie-

Digitized by Google

dener Höhe oberhalb der Eintrittsstelle und in ziemlicher Ausdehnung durch die ganze Dicke des Markes. — Besonders frappant war das schon von Klemm erwähnte Uebergreifen der Entzündung auf den N. ischiadicus der anderen Seite; auch hier waren dieselben Stellen, namentlich die Eintrittsstellen in dem Wirbelcanal, der Sitz hochgradiger Gefässinjection, Röthung und Schwellung des Neurilems, zuweilen sogar in stärkerem Masse als auf der direct verletzten Seite. — Was die Symptome der experimentellen Neuritis und ihrer Folgezustände betrifft, so zeigten die Versuchsthiere in der ersten Zeit stets eine sehr erhebliche Temperaturerhöhung der Pfote auf der verletzten Seite (bis um 11° C.) nebst deutlicher Herabsetzung der Motilität und Sensibilität. Diese örtlich bedingten Erscheinungen wurden später mehr oder weniger vollständig rückgängig, so dass eine dauernde Leitungsunterbrechung im Nerven an der Verletzungsstelle nicht angenommen werden konnte. Die faradische Reaction unterhalb der letzteren erschien nach 8 bis 24 Tagen vermindert, jedoch nicht aufgehoben. In allen Fällen, in welchen secundäre Rückenmarksaffection (Peripachymeningitis oder Erweichung) sich hinzugesellte, zeigte sich als erstes Symptom derselben constant eine erhöhte Empfindlichkeit (resp. Auftreten abnormer Reflexe) der betreffenden Wirbel auf Druck oder Klopfen; weiterhin stellten sich Nachschleppen des Hinterkörpers, Zittern, Hyperästhesie des unverletzten Beins, Ausfallen der Haare besonders am Rücken, Blasenlähmung und Alkalescenz des Harns ein; in 2 Fällen unter 7 erfolgte spontan der Exitus letalis (am 8., resp. 10. Tage). — Besondere Aufmerksamkeit wurde auf die Untersuchung des Harns auf Zucker gewidmet. Fast in sämmtlichen Fällen (mit einer Ausnahme) erwies sich der Harn zuckerhaltig, und zwar meist schon einige Stunden nach der Verletzung; der Zuckergehalt betrug bis zu 1,5 Proc. (meist durchschnittlich circa 1 Proc.) und erreichte sein Maximum in den ersten Tagen nach der Operation; er stieg und sank im Ganzen parallel mit der Temperaturerhöhung der entsprechenden Pfote, so dass von Einem oft schon auf das Andere geschlossen werden konnte. Der Vortragende ist daher geneigt, diese Zuckerausscheidung mit der (vorübergehenden) Lähmung der im Ischiadicusstamme enthaltenen Vasomotoren in Zusammenhang zu bringen, wie dies früher bereits Schiff auf Grund von Durchschneidungsversuchen annahm.

Der Vortragende knüpft an diesen Befund einige Bemerkungen über die zuerst von Braun, dann von ihm (in 3 Fällen) und von Rosenstein beobachtete Complication von Ischias mit Diabetes mellitus, auf welche die mitgetheilten Versuche ein erklärendes Licht werfen.

301. Der sechste Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Prof. Hüter aus Greifswald: Ueber partielle Resectionen am Ellbogengelenk. Er knüpfte seine Betrachtungen an fünf von ihm neuerdings vorgenommene Ellbogenresectionen, und zwar drei wegen Traumen, die er mit bestem Erfolge partiell ausgeführt hat, und zwei totale wegen Caries, bei welcher die Erhaltung des Olecranon wegen osteomyelitischer Herde, welche in demselben vorhanden waren, sich als unmöglich erwiesen hatte. — Man hat sich bisher hauptsächlich wegen der Gefahr der Eiterretention vor den partiellen Resectionen gefürchtet. Da diese Gefahr bei antiseptischer Behandlung und zweckmässiger Drainirung fast gleich Null wird, so tritt nunmehr die Frage der partiellen Resectionen viel mehr als bisher in den Vordergrund. Namentlich betrifft diese Frage das Fussgelenk, wo es sich meist um Erhaltung der Tibia mit Malleolus internus handelt, und das Ellbogengelenk, wo die Erhaltung des Humerus oder des Olecranon in Betracht kommt. — Schon der letzte Feldzug ergab für die partiellen Ellbogenresectionen ein überraschend günstiges Resultat. Während nach den älteren Statistiken von Saltzmann, Meyer und Otis die totalen Resectionen dieses Gelenks weniger nachfolgende Complicationen und einen grösse-

Digitized by Google

ren Percentsatz brauchbarer Glieder ergeben, stellte Dominik aus dem letzten Feldzuge 266 totalen Resectionen mit 25 % Mortalität 111 partielle mit nur 20,7 % Mortalität gegenüber, und zwar ergeben sich nach Dominik die günstigsten Verhältnisse für Mortalität und Function bei Erhaltung des Humerus. — Wie die Dinge gegenwärtig liegen, so werden wir bei traumatischem Anlass durchaus die partiellen Ellbogenresectionen cultiviren müssen. — Was die Function der Gelenke nach partiellen Resectionen betrifft, so werden wir im Kriege die grösste Gefahr, den Eintritt von Schlottergelenken, dadurch verhüten. Freilich wird hierbei abzuwarten sein, ob nicht die partiellen Resectionen ausschliesslich ankylotische Gelenke herbeiführen, während jedoch die totalen zuweilen activ bewegliche Gelenke erzeugen. — Auch in der Friedenspraxis werden die partiellen Resectionen überall, wenn auch nur mit grosser Vorsicht zu cultiviren sein. — H. legt Dominik gegenüber mehr Gewicht auf die Erhaltung des Olecranon als auf die des Humerus und empfiehlt da, wo die Olecranonerhaltung möglich ist, seinen bilateralen Längsschnitt, der die von ihm geübte typische quere Drainirung gestattet.

In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Discussion bemerkte Gurlt, dass nach seiner noch nicht publicirten Zusammenstellung aus sämmtlichen Feldzügen seit 1848 sich ein fast genau gleich grosser Percentsatz der Mortalität für partielle und totale Ellbogenresectionen ergebe. Er habe 493 Fälle totaler Resection mit 23,3 % Mortalität und 565 Fälle partieller mit 23,5 % Mortalität gesammelt.

v. Langenbeck ist der Meinung, dass man bei traumatischen Resectionen nicht conservativ genug sein könne, während man bei pathologischen nicht zu viel zu erhalten versuchen dürfe. Dies gelte für fast alle Gelenke. Nur für das Hüftgelenk sei es noch fraglich, ob man hier nicht ausnahmslos in allen Fällen zur Verhütung der Eiterretention den grossen Trochanter mit entfernen müsse.

Volkmann resecirt im Hüftgelenk immer unterhalb des grossen Trochanter und meint, dass man nur bei solchem Verfahren gute functionelle Resultate, vollkommene Abductions- und Flexionsfähigkeit erzielt, letztere derart, dass die Patienten das Knie mehr an die Vorderfläche des Bauches bringen können. Die Sägefläche des Femur sei nach Entfernung des Trochanter sehr viel mehr geeignet, sich in der Form eines neuen Femurkopfes der Pfanne anzuschmiegen. — Beim Fussgelenk cultivirt er, wenn es sich um Traumen oder um acute und subacute Eiterungen der Synovialis handelt, die partiellen Resectionen, namentlich die Erhaltung des Talusknorpels. — Uebrigens wendet V. niemals quere Drainage an, sondern setzt immer nur kurze Drainröhren ein.

Lücke nimmt bei jugendlichen Individuen nicht den ganzen Trochanter fort, sondern entfernt nur stückweise von demselben so viel, wie der Fall erfordert. — In einem Falle von acuter Osteomyelitis des ganzen Sitzbeines hat er das Sitzbein und den Femurkopf entfernt, den Trochanter aber erhalten, und dabei sehr gute Function des Gelenks erzielt.

Schede meint, dass man bei gewöhnlicher Schnittführung nur dann die Synovalis gehörig exstirpiren kann, wenn man den Trochanter entfernt. Er empfiehlt aber für Fälle, in denen man von vornherein sicher ist, den Trochanter gesund zu finden, einen vorderen Längsschnitt. Schneidet man am inneren Rande des Sartorius und Rectus ein und lässt man dann den äusseren Rand des Iliacus nach innen ziehen, so kommt man direct auf die Gelenkkapsel und kann nun den Kopf absägen.

v. Langenbeck fürchtet von der Entfernung des grossen Trochanters bei Kindern eine erhebliche Beeinträchtigung des späteren Längenwachsthums. Dem gegenüber weist Volkmann darauf hin, dass das Femur fast ausschliesslich vom unteren Ende her wachse. König endlich ist der Meinung, dass man, wenn keine erhebliche Contractur und Fistelbildung vorhanden sei, mit der blosen Entfernung

Digitized by Google

des Caput femoris, Drainage und nachfolgender Extensionsbehandlung auskomme, bei erheblicher Fistelbildung und Contractur aber den Trochanter mit entfernen müsse. Die besten functionellen Resultate habe er freilich immer nur bei Mitresection des Trochanter gesehen.

Busch (Bonn): Ueber Epithelialkrebs der Gesichtsgegend. Der Anfang zerstörender Epithelialcarcinome im Gesicht ist in sehr vielen Fällen eine einfache Epithelwucherung an der äusseren Oberfläche. Reisst man die fest anhaftende Hornauflagerung ab, so sieht man die freiliegende derbe Papillarwucherung. Unter Umständen kann die Masse des Horns die Papillen atrophisch machen. In anderen Fällen, namentlich wenn senile Zustände und chronische Reize (Schornsteinfegerkrebs) mitwirken, wird kein neues Hornblatt erzeugt; damit hört der Widerstand von oben auf; die Zellen der Schleimschicht liegen bloss und es entsteht nun ein Ulcus rodens. Wenn hingegen die Ueberproduction, welche der nachfolgenden Epithelialwucherung den Weg versperrt, auf reizlose Weise fortgeschafft wird, wie dies durch Auswaschen der Hornmassen mit schwacher Sodalösung möglich ist, dann kommt es nicht zum weiteren Auswachsen des Carcinoms. Im früheren Stadium des Gesichts- und Lippen-Carcinoms ist also dasselbe durch Waschungen mit Sodalösung heilbar. Ja, dasselbe Mittel wirkt in besonders günstigen Fällen auch noch bei schon bestehendem flachem Carcinom der Gesichtshaut, und nach der Exstirpation solcher Carcinome können durch alkalische Waschungen der Narben in vielen Fällen Recidive verhütet werden. — Anhangsweise bemerkte B, dass ähnliche Betrachtungen auch für die Mamma gelten. Schon Paget hat schädliche Wirkungen der Epithelansammlungen auf der Oberfläche der Mamma beobachtet. Namentlich bei älteren Individuen entstehen durch Wucherungen der Warzenepidermis leicht Retentionscysten und noch häufiger Carcinome. Auch hier empfiehlt es sich, prophylaktisch alkalische Waschungen vorzunehmen.

v. Langenbeck bemerkt zu diesem Vortrage, dass er ebenfalls schon seit langer Zeit günstige Einwirkungen von Umschlägen mit Emser Thermalwasser bei carcinösen Ulcerationen beobachtet habe.

Lücke aus Strassburg: Ueber Percussion der Knochen. Die Percussion der Knochen kann zunächst den Zweck haben, schmerzhafte Stellen im Knochen zu erkennen. So zeichnen sich z. B. centrale Osteosarcome durch besonders grosse Empfindlichkeit der percutirten Stelle aus. Der zweite, wichtigere Zweck der Percussion ist der, durch Schalldifferenzen erkrankte Knochenpartien von gesunden zu unterscheiden. Schon Piorry lehrte, den gedämpften Knochenschall vom gedämpften Weichtheilschall, den von Eiter getränkten Processus mastoideus vom normalen, die erkrankten Stirnhöhlen von gesunden zu unterscheiden. — L. hat seine Aufmerksamkeit vorzugsweise den langen Röhrenknochen zugewandt, bei denen der Mitklang lufthaltiger Körperhöhlen nicht, wie z. B. bei Gesichtsknochen, störend mitwirkt. Er bemerkt dabei, dass man die Extremität, um ihre Knochen zu percutiren, in die Höhe heben muss, da man durch Unterlegen von Resonnanzböden die Schalldifferenzen leicht undeutlicher machen kann. Er fand nun, dass die Diaphysen der Röhrenknochen einen tieferen Schall geben, als die Epiphysen. Auch an herausgeschnittenen, aus ihren Gelenken gelösten und mit den Weichtheilen im Zusammenhang gelassenen Knochen zeigt sich dieselbe Erscheinung; die Gelenke kommen also bei der Erhöhung des Tons an den Epiphysen nicht in Betracht. Bei trockenen, skeletirten Knochen dagegen fehlen die erwähnten Schalldifferenzen. — Der Ton an kurzen Knochen, z B am Calcaneus, gleicht dem Epiphysenton. — Was die pathologischen Verhältnisse am Knochen betrifft, so ist auch hier ein höherer oder tieferer, ein mehr oder weniger gedämpfter, ein kürzerer und längerer, und ein hohler, tympanitischer Schall zu unterscheiden. Infiltration des Knochenmarks erzeugt

Digitized by Google

vermehrte Dämpfung, Mattwerden des an sich schon tiefen Schalles, derart, dass z. B. der Epiphysenton dem der Diaphyse gleichkommt. Dies lässt sich bei chronischer centraler Ostitis der Gelenkepiphysen, bei Knochenabscessen in der Epiphyse, bei Sclerose und bei Anwesenheit grosser Callusmassen — selbst in Fällen ganz alter Fracturen — feststellen. Dagegen wird durch Osteoporose der Schall erhöht. — Granulationen im Gelenk machen den Schall an den Condylen kürzer. Hiernach kommt die Knochenpercussion vorzugsweise in Betracht für centrale Ostitis und Osteomyelitis, Knochenabscesse, Knochenneubildung, Sclerose und Osteoporose. — Die praktische Bedeutung der Knochenpercussion liegt in der Möglichkeit des sehr frühzeitigen Erkennens centraler Knochenherde, deren Behandlung hiernach vorgenommen werden kann, ehe die centralen Herde auf die Nachbartheile, namentlich auf die Gelenke, eine nachtheilige Wirkung erzeugt haben. Es lassen sich oft sehr frühzeitig ganz minimale Unterschiede feststellen. L. berichtet u. A. von einem Falle von Ellbogengelenksentzündung, bei welchem schon sehr frühzeitig durch eine kleine circumscripte Dämpfung im Radiuskopf eine Erkrankung des letzteren, die sich nachher als käsiger Herd mit Necrose auswies, diagnosticirt werden konnte.

Gussenbauer aus Lüttich: Ueber ein neues Verfahren der Stomatoplastik. Bei einem 7jährigen Knaben, der in Folge von Stomatitis mercurialis eine Zerstörung der Schleimhaut beider Wangen und des Zahnfleisches zeigte, derart, dass die Narbenzusammenziehung nicht mehr gestattete, die Kiefer auch nur auf 2 Mm. von einander zu entfernen, ersetzte G. nach Einschneidung beider Wangen die verloren gegangene Schleimhaut durch die Wangenhaut, und zwar mittelst zweier aus der letzteren gebildeten gestielten Lappen. Nach Umdrehung der Lappen in einer zweiten Operation wurde die Melo- und Cheiloplastik vorgenommen. — Das Verfahren ist bei allen hochgradigen, durch Ulceration, Gangrän, Noma und dergl. erzeugten narbigen Kieferklemmen anwendbar.

Ogston aus Aberdeen: Ueber sein Verfahren der operativen Behandlung des Genu valgum. Er sägt mittelst einer eigens für diesen Zweck angefertigten Stichsäge den Condylus internus femoris schräg von aussen und unten nach innen und oben, also etwa von der Mitte des Kniegelenkes aus gegen die innere obere Grenze des Condylus ein. Dabei lässt er zunächst eine hintere dünne Knochenwand des Condylus unverletzt, um sie nach Vollendung des Sägens einzubrechen. Sobald dies geschehen ist, wird der Condylus internus verschiebbar, und der Unterschenkel lässt sich nun, während jener Condylus nach oben rückt, in seine normale Stellung zum Oberschenkel bringen. Ein immobilisirender Verband bewirkt nun die Heilung in der so erzeugten normalen Stellung. — Selbstverständlich ist bei diesem Verfahren streng antiseptische Behandlung nothwendig, ohne welche dasselbe, da ja das Kniegelenk eröffnet wird, die allergrössten Gefahren bedingen würde.

v. Langenbeck hat es bisher nicht für räthlich gehalten, zur Heilung des Genu valgum die Osteotomie vorzunehmen. Die Durchschneidung des Ligamentum laterale externum führt fast immer zum Ziel. König ist der Meinung, dass man allerdings mit der Antisepsis viel zu leisten vermöge, dass dieselbe aber doch in den Händen von Ungeübten eine gefährliche Waffe sei. Es sei doch wohl die allergrösste Vorsicht geboten, wenn es sich, wie bei dem Ogston'schen Verfahren, darum handle, Knochensägespäne in ein normales Kniegelenk zu bringen. — In den meisten Fällen kann man ja das Genu valgum heilen, indem man subcutan das Lig. laterale ext. zum Einreissen bringt, und wenn man, wie es bei Erwachsenen der Fall sein kann, einen operativen Eingriff vornehmen muss, dann ist die keilförmige Osteotomie der Tibia, wie sie u. A. Schede ausgeführt hat, doch durchaus dem Ogston'schen Verfahren vorzuziehen. Heine hat nach einer keilförmigen Osteotomie der Tibia und subcutanen Durchsägung der Fibula eitrige

Digitized by Google

Osteomyelitis und Necrose eintreten sehen. Der Fall ist allerdings schliesslich unter antiseptischer Behandlung geheilt, und zwar mit Beseitigung der Genu-valgum-Stellung. Aber er rege ihn doch zu der Betrachtung an, ob nicht das Ogston'sche Verfahren, das bei ungünstigem Verlauf wenigstens immer noch die Möglichkeit der nachträglichen Ausführung der Kniegelenksresection zulasse, Vorzüge vor der Osteotomie habe Schede fragt, wie es mit der nachträglichen Festigkeit des Kniegelenks nach Durchschneidung des Lig. laterale externum beschaffen sei. v. Langenbeck, der die Durchschneidung des Ligaments immer nur bei Kindern vorgenommen, hat noch niemals nach dieser Operation ein Schlottergelenk eintreten sehen. Was die subcutane Zerreissung des Ligaments betrifft, so ist darauf aufmerksam zu machen, dass sowohl bei Kindern, wie bei Erwachsenen die Bandrupturen oft sehr schlecht heilen.

F. Busch (Berlin): Ueber den Werth der Krappfütterung zur Erkennung der Anbildung neuer Knochensubstanz. Bei den bisher vorgenommenen Experimenten mit Krappfütterung ist immer in erster Reihe die Frage discutirt worden, ob sich durch Krapp ausschliesslich diejenige Knochensubstanz roth färbe, die während der Dauer des Experimentes neugebildet wird, und ob die Krappfärbung echt ist, d. h. ob sie nur dadurch wieder zu schwinden vermag, dass der gefärbte Knochen resorbirt wird. Du Hamel und Flourens nehmen an, dass nur neu sich bildende Knochensubstanz roth gefärbt werde, und dass demnach die Krappfärbung zur Untersuchung des Modus des Knochenwachsthums zu verwerthen sei. Nachdem ihre Anschauung durch Serres und Doyères u. A. und neuerdings besonders durch Strelzoff bekämpft war, haben sich neuerdings Lieberkühn und Kölliker wieder zu der älteren Anschauung bekannt, und den Letzteren schliesst sich auch Busch an. Er hat die Frage durch Versuche an ausgewachsenen Hunden, bei denen er an einzelnen Knochen durch galvanische Cauterisation des Marks Necrose erzeugte, zu lösen versucht, weil man bei solchen Thieren schon von vornherein genau wisse, welche Knochentheile alt und welche neugebildet sind, wie dies bei jungen Thieren ja nicht möglich ist. Bei einem Hunde, dem er vor vier Monaten den Radius necrotisch gemacht und den er von jener Zeit ab mit Krapp gefüttert hatte, fand sich der Sequester weiss und die bedeutende Auflagerung roth. Weniger prägnante Resultate geben zwei andere Experimente. — In allen Fällen hat nun Busch auch an den gesunden Knochen der ausgewachsenen Thiere, namentlich in der Spongiosa der grossen Röhrenknochen und an den Ansätzen starker Sehnen Rothfärbungen wahrgenommen. Er sieht aber hierin keinen Beweis gegen die Anschauung, dass bei wachsenden Thieren nur die während der Versuchsdauer sich bildende Knochensubstanz färbe. Er zieht vielmehr aus jener Erscheinung den Schluss, dass auch an ausgewachsenen Knochen die formativen Processe nicht ganz aufhören, und dass diese formativen Processe als der „glimmende Funken" anzusehen seien, der wieder angefacht werde, wenn unter pathologischen Verhältnissen, z. B. bei Fracturen, Knochenneubildung an ausgewachsenen Knochen auftreten.

In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Discussion bemerkte J. Wolff, dass er es für sehr bedenklich halte, die Ergebnisse der Versuche an ausgewachsenen Thieren, die sich unter pathologischen Verhältnissen befinden, auf die Verhältnisse an wachsenden und unter normalen Verhältnissen befindlichen Thieren übertragen zu wollen, wie dies Busch gethan. Ueberdies sei wenigstens für Vogelknochen durch die Versuche Gibson's, Strelzoff's u. A. mit Sicherheit die Krappfrage dahin gelöst, dass nicht blos die neu sich bildende, sondern auch die fertige Knochensubstanz durch Krapp sich roth färbe. Schon nach eintägiger Fütterung gelang es, die Knochen junger Tauben durch und durch d. i.

Digitized by Google

am Periost, an der Markhöhlenfläche und an den Wänden der Haversischen Canälchen roth zu färben.

Busch meint, dass wenigstens Gibson's Versuche einer strengen Kritik bedürfen. (Dtsch. Ztschr. f. prakt. Medicin 1877.)

302. Med. Section der niederrheinischen Gesellschaft in Bonn. W. Busch: Mittheilungen über einige Geschwülste. Sitzung vom 26. Juni 1876.

Die erste Geschwulst gehört zu den Retropharyngealgeschwülsten, von welchen B. bis jetzt ein Dutzend beobachtet hat. Unter denselben befanden sich Fibrome, gut- und bösartige Sarcome, benigne und maligne Lymphome, sowie auch Carcinome, welche zuerst auf der Schleimhaut entstehend, die in den retropharyngealen Bindegewebsräumen liegenden Lymphdrüsen inficirt hatten. Das von B. demonstrirte Geschwulstexemplar ist, abgesehen von seiner bedeutenden Grösse, dadurch ausgezeichnet, dass es ein hier selten vorkommendes, gelapptes Lipom ist, und dass es im Vergleich zu früher beobachteten Tumoren einige Abweichungen in dem Verhalten zu den Nachbartheilen zeigte. In allen früher beobachteten Fällen hatte die Geschwulst, nachdem sie eine beträchtlichere Grösse erreicht und die seitliche Pharynxwand vorgewölbt hatte, alle Falten des Gaumensegels geglättet, die Arcus palato-glossus und palato-pharyngeus waren verstrichen u. s. w. Im vorliegenden Falle sah man bei dem etwa 60jährigen Pat. den ganzen Rachenraum von der grossen, seit etwa 10 Jahren bemerkten, glatten und mit Schleimhau überzogenen Geschwulst eingenommen. Das Gaumensegel war ebenfalls vorgewölbt aber zwischen ihm und dem Schleimhautüberzuge des Tumors liess sich der Finger einführen und mit Mühe bis in die Choanen nach oben bringen. Die Schleimhautduplicaturen des Gaumensegels waren hier nicht ausgeglichen. Bei der Operation stellte sich heraus, dass die ganze Oberfläche des Lipoms durch kurze, wenn auch leicht trennbare Stränge mit der hinteren Wand der Schleimhaut verwachsen war, so dass ein Verschieben der letzteren bei dem Wachsthum der Geschwulst nicht möglich war. Weder nach oben noch nach unten liess sich das Ende der Geschwulst erreichen. — Es trat zunehmende Verengung der Passage für Nahrung und Luft ein (Erstickungsanfälle). Da Pat. dringend einen operativen Versuch wünschte, entschloss sich B. so viel als möglich von dem Tumor zu entfernen. Zunächst wurde die äusserst empfindliche, zu reflectorischen Bewegungen geneigte Rachenpartie durch häufige Berührung abgehärtet, dann als Voract der Operation im lig. crico-thyreoid. ein künstlicher Luftweg angelegt, um Erstickungsgefahr zu vermeiden, wenn die Geschwulst aus ihrer Höhle hinter der Schleimhaut herausbefördert wurde und wegen ihrer Grösse nicht schnell genug zwischen den Zahnreihen hindurchgeschafft werden konnte, wie in einem früher von B. beobachteten Falle. Nach der Tracheotomie erholte sich Pat. sehr wesentlich. 14 Tage nach letzterer vollständige Exstirpation des $7^1/_2$ Loth schweren Tumors. Die Tracheotomie erwies sich als sehr nützlich. — Die genähte Gaumensegelspalte heilte per primam. Acht Tage nach der Operation Entfernung der Trachealcanüle und bald darauf verliess Pat. geheilt die Anstalt.

II. Die zweite vorgelegte Geschwulst ist eine mehr als faustgrosse Neubildung des Unterkiefers, bei einer 40jährigen Frau seit etwa mehr als einem Jahre entwickelt. Die Affection hatte direct im Knochen ihren Anfang genommen und die Zähne gelockert. Blasige Auftreibung des Unterkiefer-Mittelstücks. Die früher nicht erkrankte Schleimhaut war erst in den letzten Wochen über dem proc. alveol. von Innen her in der Grösse eines Markstücks durchbrochen. — Operation und Heilung ohne Besonderheiten.

III. Ein mehr als kindskopfgrosses Fibrosarcom ist durch den Mutterboden, auf welchem es sich entwickelt, merkwürdig. — Einer am Ende der dreissiger

Digitized by Google

Jahre stehenden Frau war wegen einer schweren Augenentzündung vor 2 Jahren ein Setaceum in den Nacken gesetzt worden. Vor einem halben Jahre wuchsen aus dem Haarseilcanale Massen hervor, welche man für Caro luxurians hielt und durch Aetzungen zu zerstören suchte. Trotz der Entfernung des Setaceums wuchsen diese Massen in so colossaler Weise, dass bei dem Eintritt der Patientin ($^1/_2$ Jahr nach dem ersten Auftreten der Neubildung) die ganze Nackenhaut von dem behaarten Kopfe an bis über die Vertebra prominens hinaus von einem schwammigen Gewebe zerstört war. Die Nackenmusculatur war bis auf die tiefsten Schichten ebenfalls durchwachsen und in der Gegend der Spina occipitalis musste nicht nur das Periost abgetragen werden, sondern es war auch nöthig, die oberflächlichen Schichten des Hinterhauptbeines ebenfalls zu entfernen. Obwohl in der Rheinprovinz Haarseile als Ableitungsmittel sehr oft angewendet werden, so ist dieses doch der erste in der chirurgischen Klinik vorgenommene Fall, dass ein bösartiges Product daraus entstanden wäre. (Centralbl. f. Chirurg.)

303. Naturhist. Med. Verein in Heidelberg. A. Ewald und W. Kühne (Ibid.): Die Verdauung als histologische Methode. Ueber einen neuen Bestandtheil des Nervensystems.

Die Verfasser haben die verdauende Wirkung des Magen- und des pancreatischen Saftes als eine feine und verlässliche Methode erprobt, um eine Anzahl von Gewebsbestandtheilen, welche der Verdauung widerstehen, isolirt zur Anschauung zu bringen. Während das Pepsin die echten Eiweissstoffe, das Collogen, die elastische Substanz in sauerer Lösung verdaut, wirkt das Trypsin (das wirksame Element des Bauchspeichels) auch bei neutraler und alkalischer Lösung ebenso. Beide sind unvermögend, Nuclein, Horn und Amyloid anzugreifen, das Mucin dagegen wird lediglich vom Trypsin aufgelöst. Aus der Untersuchung einer grösseren Anzahl von Geweben und Organen ging übereinstimmend hervor, dass wir in der Trypsinverdauung ein Mittel besitzen, Collogen, Hornsubstanz und Kerne aus jedem thierischen Gewebe zu isoliren. Die Kerne (das Nuclein) können durch sehr verdünnte Natronlauge zum Verschwinden gebracht werden.

Mit Hilfe dieser Methode kommen die Verfasser zu dem überraschenden Ergebniss, dass die so überaus weiche und zarte Nerven- und Glia-Substanz dieselbe Resistenz gegen Trypsinverdauung zeigt, wie die Hornsubstanz. Diese Widerstandsfähigkeit verdanken die sämmtlichen markhaltigen Nervenfasern dem Vorhandensein einer äusseren und einer inneren Hornscheide, zwischen denen die theilweise verästelten Brücken eines Horngerüstes ausgespannt sind. Diese Gebilde sind nach Beseitigung des Marks und der Eiweissstoffe auf Querschnitten erkennbar und entsprechen den von Billing entworfenen Abbildungen des feineren Baues der Nervenfaser. Da die marklosen Nervenfasern (Retina, Olfactorius) keine Hornscheiden besitzen, so muss diesen die Bedeutung einer Stütze und Unterlage für die Markmassen zugeschrieben werden.

Das Neurokeratin — so wird die Hornsubstanz der Nerven bezeichnet — zeigte im Grossen dargestellt in vielen Punkten Uebereinstimmung mit dem Hornstoff der Epidermis, so in seiner Unverdaulichkeit, der Unlöslichkeit in kalter Schwefelsäure und Kalilauge, im hohen Schwefelgehalt (2,93%). Dagegen ist es schwerer löslich in kochendem Aetzkali und gibt in demselben gelöst mehr Neutralisationspräcipitat als das Epidermis-Keratin. Mit leuchtender Flamme verbrennend, verbreitet das Neurokeratin einen Geruch nach angebranntem Horn und hinterlässt 1,6% Asche. Lassar.

Digitized by Google

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Ueber den Einfluss methodischen Trinkens heissen Wassers auf den Verlauf des Diabetes mellitus. Von Dr. Julius Glax in Graz. (Aus dem 75. Bande der Sitzb. d. k. Akad. d. Wissensch. 1877.)

Ueber einen Fall von Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel. Vortrag gehalten in der Sitzung der k. k. Gesellsch. d. Aerzte am 19. Jänner 1877. Von Dr. Nathan Weiss. (Sep.-Abdr. aus d. med. Jahrb. 1877.)

Zwei Fälle von Lipoma subconjunctivale. Beobachtet von Dr. J. Hock in Wien. (Sep.-Abdr. aus d. Prager med. Wochenschr. 1877.)

Die Medicinal-Gesetzgebung des deutschen Reiches und seiner Einzelstaaten. Aus dem amtlichen Material für den praktischen Gebrauch zusammengestellt, sowie mit chronologischem und alphabetischem Sachregister versehen. Begründet von Dr. M. Kletke. Band II. Gesetze und Verordnungen des Jahres 1876. Berlin 1877. Eugen Grosser.

Deutsche Revue für das gesammte nationale Leben der Gegenwart, herausgegeben von Bernhard Fleischer. Monatlich 2 Hefte. Berlin. S. W. 1877. Carl Habel.

Transactions of the New-York pathological society. Volume I. New-York. William Wood & Co. 1876.

Das Pankreas. Seine Bedeutung als Verdauungsorgan und seine Verwerthung als diätetisches Heilmittel. Von Dr. H. Engesser in Freiburg i. B. Stuttgart. Enke. 1877.

Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Monographisch bearbeitet von Ripping in Siegburg. Stuttgart. Enke. 1877.

Die geschichtliche Entwickelung des Farbensinnes. Von Dr. Hugo Magnus in Breslau. Leipzig. Veit & Comp. 1877.

Beitrag zur Kenntniss der saccharificirenden Fermente. Von Prof. J. Seegen und Dr. Kratschmer. Bonn 1877. (Sep.-Abdr. aus Pflüger's Archiv.)

Der ärztliche Landes- und Schulinspector ein Sachwalter unserer misshandelten Schuljugend. Von Dr. Leop. Ellinger. Stuttgart. Carl Schober. 1877.

Mittheilungen aus dem Spitale der barmherzigen Brüder in Wien. Von Dr. Johann A. Lerch. Wien, 1877. Wilhelm Braumüller.

Chemische Analyse der Darkaner jodhaltigen Salzsoole. Von E. Ludwig. Aus den mineralog. Mittheil. von G. Tschermak. Wien. Alfred Hölder. 1876.

Ueber Gesang und Registerbildung. Von Dr. J. Michael in Hamburg. (Sep.-Abdr. aus der allgem. musikal. Zeit. 1877.)

Handbuch der Frauenkrankheiten, redigirt von Prof. Dr. Th. Billroth. Lieferung 9. Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase, Vesico-Vaginalfisteln, bearbeitet von Dr. Winckel. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1877.

Das Bad Salzungen mit besonderer Berücksichtigung seiner Curmittel und deren Wirkungen. Von Dr. Wagner. 2. Auflage. Salzungen. L. Scheermesser.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Digitized by Google

Eisenbahn-station. **Bad Schinznach, Schweiz.** Telegraphen-bureau.

Dauer der Saison vom 15. Mai bis 15. September.

Therme mit reichem Gehalt an Kalk, Kochsalz, Schwefelwasserstoff und Kohlensäure, berühmt durch ihre Heilwirkung bei Skropheln (Drüsen), Haut-, Knochen- und Schleimhautkrankheiten, chronischem Katarrhe, Emphysem, Asthma und allgemeiner Schwäche.

Treffliche Bade-, Inhalation- und Doucheneinrichtungen. Mildes Klima, Wald, Milchcuren.

Pension I. Classe fl. 7.—, II. Classe fl. 4.— per Tag
Zimmerpreise von fl. 1.50 bis fl. 8.

Für nähere Erkundigungen beliebe man sich zu wenden an

R. Staehly-Forrer, Director.

Chinin-Zuckerln und Chinin-Chokoladen

von

Josef Gobetzky,
Apotheker in Essek, Slavonien.

Diese aus **Chininum tannicum neutr.** mit der grössten Genauigkeit von mir erzeugten Präparate kosten

100 Stück 4 fl. ö. Währ., inclusive Stempel, Emballage und Porto.

Jedes Stück enthält 7 Centigramm reines Chinin.

Zur Beachtung.

Den Beweis der Vorzüglichkeit und Echtheit meiner Erzeugnisse liefern die Zeugnisse über die vorgenommenen chem. Analysen des Herrn Professor Dr. G. C. Wittstein in München; Dr. J. Schorm und Dr. H. Braun in Wien, J. Molnar, Apotheker und Chemiker in Budapest etc., sowie die in Nr. 13 der Zeitschrift des allgem. österr. Apotheker-Vereins vom J. 1876 veröffentlichte Anempfehlung des bekannten Professor Dr. Wittstein in München, welche lautet:

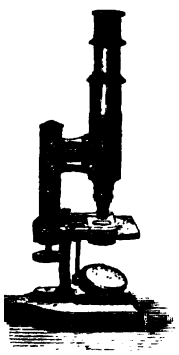
Herr Apotheker Josef Gobetzky in Essek (Slavonien) bereitet mittelst **von ihm eigens dargestellten** neutralen gerbsauren Chinins (Chininum tannicum neutrale) Chokolade-Zeltchen und Zuckerzeltchen, welche, wie ich mich durch **chemische Prüfung** überzeugt habe, nicht allein **sehr sorgfältig** hergestellt sind und **den angegebenen Gehalt an Chinin besitzen,** sondern auch den **grossen Vorzug** haben, dass darin **die Bitterkeit des Alkaloides völlig maskirt ist.**

Ich kann daher **allen Aerzten,** welche veranlasst sind, Chinin zu verordnen, obige Präparate **auf's beste empfehlen.**

München, den 25. April 1876. (L. S.) **Prof. Dr. G. C. Wittstein.**

Aufträge werden erbeten in Wien an Herrn Otto Raabe, Bäckerstrasse Nr. 1, und Pezold u. Süss, Droguisten; in Pest an Herrn Thalmaier u. Comp.; in Graz an Herrn Dr. A. Wunder, Apotheker, und Herrn Nedver, Apotheker; in Kronstadt an Herrn Müller, Apotheker; in Temesvar an Herrn J. Pecher, Apotheker; in Maros-Vásárhely an Herrn A. Jenney, Apotheker, und an den Erzeuger zu richten.

Diese Präparate wurden auch bei der Szegediner Landes-Ausstellung als eminente Präparate anerkannt und hiefür mir die Verdienstmedaille ertheilt. 19



Meine in Tausenden von Exemplaren verbreiteten

achromatischen Mikroskope

erfreuen sich immer mehr der Gunst meiner verehrten Abnehmer. Durch die vorzüglichsten Werkzeugmaschinen und die in meinen Werkstätten eingeführten Arbeitsmethoden bin ich im Stande, eine ausserordentliche Gleichförmigkeit der Qualität zu gewährleisten, und können alle Besteller sicher sein, niemals andere als durchaus vollkommene Exemplare zu erhalten.

Preisverzeichnisse pro 1877 übersende gratis und franco.

Anerkennungen der ersten Autoritäten. 27

Paul Wächter,
BERLIN, O., Grüner Weg Nr. 19.

Digitized by Google

Constantin-Bad

(bei Warasdin-Töpliz)

(nicht zu verwechseln mit Krapina-Töpliz)

Post Telegraf (das einst römische **Constantin-Bad** das einst römische) Saison 1. Mai

in Croatien.

Eine der reichsten und kräftigsten **Schwefelthermen** in Europa mit + 47° R., tägl. Zufluss 74.000 Eimer. Einzelne Bäder, **Schlammbäder**, Trinkkur.

Indication und Heilung: die der heissesten und kräftigsten Schwefelthermen und Schlammbäder.

Prächtige Gebirgalage, gesundes Klima. reizende Umgebung, gute comfortable Wohnungen, Bäder in den Wohnhäusern, gute Restaurationen, Kaffeehaus, Kursaal, Musik, Zeitungen, Leihbibliothek, Bälle, Concerte, Tombolas verbürgen einen sehr heilsamen und vergnügten Aufenthalt.

Von **Wien** via **Oedenburg, Csakathurn** (9 Std.), von da Stellfahrt täglich 2mal (2½ Std.) 2 fl.: von **Koprivnitz** Mittw. u. Samst. (4 Std.) 2 fl. 50 kr. **Post** via **Kanizsa.** — Zuschriften an die badeärztliche Leitung u. Direction

34 **Dr. G. v. Kottowitz.**

Privat-Heilanstalt

für

Gemüths- und Nervenkranke

in 16

Oberdöbling, Hirschengasse 71.

Rudolf Thürriegl

erzeugt alle 17

chirurgischen Instrumente nach neuesten und verbesserten Constructionen

Wien, Alservorstadt, am Glacis, Schwarzspanierhaus 5.

Ausführliche Preis-Courante auf Verlangen gratis.

„CURORT GLEICHENBERG"

in Steiermark

Station Feldbach der ungar. Westbahn.

Saison vom 1. Mai bis 30. September.

Natron- und Eisensäuerlinge, Ziegenmolke, Milch, Fichtennadel-Inhalationen, Mineral- und Süsswasserbäder, Kohlensaure Bäder, Voll- und Schwimmbad, Hydropathische Anstalt. ANGEZEIGT gegen Katarrhe aller Schleimhäute, namentlich der Athmungsorgane und des Verdauungstractes, speciell: Kehlkopfleiden, chronischer Bronchialkatarrh, chronische Lungenentzündung, Emphysem-Dyspepsie und Magenkatarrh, Blutmangel und Bleichsucht.

GEGENANZEIGE: Lungentuberculose mit Fieber.

Wasser- und Wohnungs-Bestellungen, sowie Brunnenschriften bei der Direction in Gleichenberg. 29

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Karl Bettelheim.
Einsendungen an die Redaction sind zu richten: Wien, I., Gonzagagasse 5.

Druck von G. Gistel & Co., Wien.

Digitized by Google

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

(Schluss aus dem Hefte 5 — 1877.)

304. Ueber Chorioiditis tuberculosa. Von J. Hirschberg. (Deutsche Zeitschr. f. prakt. Medicin, Nr. 7, 1877.)

Was die älteren Ophthalmologen mit diesem Namen bezeichneten, eine plötzlich unter entzündlichen Erscheinungen eintretende plastische oder eitrige Infiltration des Glaskörpers mit hellem Reflex vom Augengrunde und secundärer kalkiger oder käsiger Metamorphose des Krankheitsproductes verdient diesen Namen keineswegs. Es gibt zwei wirklich tuberculöse Erkrankungen der Aderhaut: die Miliartuberculose und die echte, tuberculöse Chorioiditis, eine diffuse entzündliche Schwellung der Aderhaut mit Tuberkelbildung. Eine solche beobachtete H. bei einem 27jährigen Manne, welcher an Kopfschmerzen und Fieber darniederlag und bei dem 16 Tage, ehe H. ihn sah, eine schmerzhafte Empfindung des linken Auges aufgetreten war. Dieses war leicht vorgetrieben, die Conjunctiva sclerae bildete einen rothen Wulst; die brechenden Medien bis auf eine feine rauchige Trübung der Hornhaut und eine sehr leichte Exsudation in der Pupille klar; die Papille nicht mehr abzugrenzen, die Netzhautvenen kolossal erweitert, hie und da von Hämorrhagien begleitet. Der grösste Theil des sichtbaren Augengrundes zeigte eine diffuse und intensive Weissfärbung, bedingt durch Infiltration der Aderhaut. Das Auge war nahezu erblindet. Der Kranke starb an tuberculöser Meningitis. Die anatomische Untersuchung des Auges zeigte nächst dem äusseren Papillenrande eine 3 Mm. weit in das Augeninnere vorspringende grüngelbe Masse, welche sich 7—8 Mm. weit von der Papille in das Niveau der übrigen Chorioidea verlor. Diese Masse zeigte die Charaktere der Tuberkelmasse. Prof. Schnabel.

305. Ueber Eseringebrauch. Von L. von Wecker. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenh. XV. pag. 60.)

W. wird bei der Anwendung des Eserins von der Annahme geleitet, dass dieses eine antiseptische Wirkung habe und dass es ferner die

Digitized by Google

glatten Muskelfasern der Gefässe reize, somit die Diapedesis beeinflusse. Er wendet das Eserin in 1% Lösung als stündliche oder halbstündliche Einträuflung an: 1. Bei ausgebreiteten exulcerirten Corneal-Abscessen, nachdem der eitrige Inhalt des Kammerraumes und womöglich auch des Abscesses entleert worden. 2. Bei dem ulcus serpens nach gemachter Keratomie, nach welcher bei Eseringebrauch die Offenhaltung der Wunde durch Einführung einer Sonde in dieselbe unnöthig ist, und 3. bei Wundeiterung nach Staaroperationen. Sobald sich die Wundränder trüben, öffnet W. die Wunde in ihrer ganzen Ausdehnung mittelst eines Stilets, um das Kammerwasser abfliessen zu lassen, und träufelt jede halbe Stunde 1% Eserinlösung ein. Ueberdies sorgt er durch öfteres Waschen mit einer schwachen heissen Lösung von Carbolsäure (1 : 1000) für sorgfältige Reinhaltung. Prof. Schnabel.

306. Ueber die Miliartuberculose des Pharynx. Vortrag gehalten in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 15. Mai und 14. Juni 1876. Von B. Fränkel. (Berlin. klin. Wochenschrift 1876, Nr. 46 und 47.)

Fränkel hat 6 Fälle von Miliartuberculose des Pharynx beobachtet, wovon drei zur Section kamen, und auf Grund dieser Beobachtungen mit Zuhilfenahme der Literatur, besonders der Arbeiten von Isambert (Annales des maladies de l'oreille et du larynx I. p. 77 und II. p. 162) eine umfassende Darlegung der Pathologie dieser bisher noch wenig berücksichtigten Krankheitsform gegeben.

Warum sich die Tuberculose gerade auf den Pharynx localisirte, welchen Einfluss vorausgegangene Erkrankungen dieses Organes hatten etc., diese Fragen bezeichnet Fränkel als offene.

Ebensowenig kann er sich mit Sicherheit darüber entscheiden, ob die Affection des Pharynx primär oder zu anderweitiger Affection hinzugetreten sei, da in allen seinen Fällen ausgebreitete Tuberculose vorhanden war. In seinem vierten Falle ist Fr. freilich geneigt, die Erkrankung des Pharynx für die primäre zu halten, da Patientin jede anderweitige frühere Erkrankung leugnete und ausserdem die Veränderungen im Pharynx pathologisch älter zu sein schienen, als die anderer Organe. Isambert berichtet übrigens Fälle, wo der Pharynx bei völliger Intactheit des Larynx und der Lungen erkrankt gewesen sei.

Die Affection des Pharynx selbst charakterisirte sich als echte Lenticulargeschwüre. Die Ulcerationen sind mehr in die Fläche ausgebreitet, als in die Tiefe dringend und „zeigen einen käsigen oder speckigen, nur zuweilen und dann nur stellenweise granulirenden Grund". „Ihre Ränder sind unregelmässig, ausgefressen." Diese Ulcerationen sind nur von einem geringen Entzündungshof umgeben; in ihrer Nähe finden sich „graue, meist submiliare Knötchen".

Diese Geschwüre beginnen meist an den Seitenwänden des Pharynx und verbreiten sich von hier aus auf die Gaumenbögen, das Velum und

Digitized by Google

die hintere Rachenwand. Bei dem Beginn des Oesophagus hörten sie in zwei der Fälle, die zur Section kamen, mit scharfer Linie auf. Nur in einem Falle, der durch eine Stomatitis mercurialis complicirt war, zeigten sie Neigung zu Blutungen. Die Knötchen beschreibt Fränkel als „graue und gelbe halbdurchsichtige Knötchen", zweimal hat er sie nicht nur durch das Gesicht, sondern auch durch das Gefühl constatirt, einmal nennt er sie ausdrücklich „hart" (Fall 3). Dieselben sind submiliar, hirsekorn- und darüber gross; an der Uvula beschreibt er sie bis linsengross. In einem Falle gelang es Fränkel, das Entstehen und die Umwandlung eines Knötchens zu einer Ulceration direct zu verfolgen; er nimmt daher an, dass die Knötchen das primäre seien und sich aus ihnen dann die Ulcerationen entwickelten. An einigen Stellen, so besonders in der Gegend der Tonsillen hat das Gewebe die Neigung neben dem Zerfall zu hypertrophiren und so gewissermassen polygoide Excrescenzen zu bilden.

Die mikroskopische Untersuchung lehrte, dass der Grund der Geschwüre von einer dichten Infiltration von Rundzellen eingenommen wurde, die bis in die Muskulatur hineinreichte. An solchen Stellen erscheinen die Muskelfasern trübe und weniger deutlich quergestreift. In den Drüsen folgt die Infiltration den Bindegewebszügen, die dazwischen gelegenen Drüsenzellen degeneriren fettig und verkäsen. In den isolirten Knötchen finden sich Riesenzellen. Das Fieber zeigte in allen Fällen die unregelmässige Curve der allgemeinen Miliartuberculose.

Die hervorragendsten subjectiven Symptome sind Schmerz im Schlunde und sehr erhebliche Schlingbeschwerden, die in einzelnen Fällen so erheblich waren, dass die Frage der künstlichen Ernährung ernstlich in Erwägung gezogen werden musste. Nach Isambert kommt bei dieser Affection das grösste Schlinghinderniss vor, das überhaupt beobachtet wurde.

Die bisher beobachteten Fälle, mit Ausnahme zweier zur Zeit der Publication noch nicht abgeschlossener von Isambert führten alle in verhältnissmässig kurzer Zeit (2—6 Monate) zum letalen Ende durch Inanition.

Therapeutisch hält Fränkel das Verfahren von Isambert für indicirt, der die Ulcerationen täglich mit einer Lösung von Morphium-glycerin bestreicht.

In allen bisher beobachteten Fällen schritt die Affection auf den Larynx über und veranlasste an den verschiedensten Stellen, besonders aber an der Epiglottis umfangreiche Zerstörungen. Neben den Ulcerationen im Pharynx fanden sich häufig Geschwüre auf dem Zungengrund und dem Zungenrücken.

Als Resultat der ausführlichen Besprechung der Differentialdiagnose von Fränkel erhellt, dass das Aussehen der Ulcerationen an sich so charakteristisch ist, dass es bei einiger Kenntniss völlig vor Verwechslungen schützt. Am leichtesten finde eine Verwechslung mit Syphilis statt, so sind alle Fälle, die Fränkel behandelt hat, von mindestens je einem Arzt für Syphilis gehalten worden. Heymann.

Digitized by Google

307. Ein Fall von Ozaena trachealis. Nach einem in der Berliner medicinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage von Benno Baginski. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1876. Nr. 25.

Ein im Uebrigen gesunder Knabe von $12^1/_2$ Jahren ohne hereditäre Krankheitsanlagen hustete seit längerer Zeit stinkende grünliche Massen aus, die nach der von Baginski und B. Fränkel vorgenommenen Untersuchung aus Detritus, fettig degenerirten Epithelien und einer grossen Menge sich bewegender Bacterien bestanden. Fränkel hat auch Tyrosinkrystalle darin nachweisen können. Zugleich bestand foetor ex ore. Abgesehen von einer leichten Heiserkeit und zeitweisem Versagen der Stimme von Seiten des Respirationstractus sonst keinerlei Beschwerden. In der Nase und dem Nasenrachenraum fanden sich ausser katarrhalischen Schwellungen und Röthungen keinerlei Veränderungen, ebenso in der oberen und mittleren Kehlkopfshöhle. Der eigentliche Krankheitsprocess begann erst unterhalb der Stimmbänder und zog sich bis tief in die Trachea hinab. Baginski konnte ihn bis zum 8. oder 9. Trachealknorpel hinab verfolgen. Der Schleimhaut dieser Partien lagerten „schmutzig grünlichgraue, zähe, festhaftende borkige Massen" auf. Wenn dieselben sich beim Husten theilweise abgestossen hatten oder durch Inhalationen mit Natr. carbon. sol. entfernt waren, konnte man an der darunter liegenden Schleimhaut leicht blutende Erosionen bemerken. Die angewendete Therapie (Syr. ferri jodati und Inhalationen von Acid. carbol., Natr. carbon., Tannin) konnte zwar die Schleimhaut zeitweise von den Borken befreien, blieb aber gegen die Affection selbst erfolglos.

Die Pathogenese dieses Falles, den Baginski für einen sehr seltenen hält und von dem er nur in der Bearbeitung der Nasenkrankheiten im Ziemssen'schen Handbuch von Fränkel (pg. 129 nicht 125) ein Analogon angedeutet finden zu können glaubt, stellt sich Baginski folgendermassen vor: Ein chron. Katarrh producirt ein Secret, das „vermöge seiner Zähigkeit und Dickflüssigkeit auf der Schleimhaut liegen bleibt, sich zersetzt, stinkend wird und vielleicht erst nur den Anlass zu Erosionen und Ulcerationen gibt". Er schlägt daher den Namen Ozaena laryngo-trachealis für diese Krankheitsform vor. Heymann.

308. Ueber die Untersuchung des Cavum pharyngonasale mittelst des Nasenrachentrichters. Von Zaufal. (Prager medicin. Wochenschrift 1876. Nr. 3.

309. Ueber die Verwendbarkeit des Nasenrachentrichters zu chirurgischen Eingriffen im Nasenrachenraume. Von Demselben. (Prager medicin. Wochenschrift 1877. Nr. 1, 2 u. 3.)

310. Ueber ein Verfahren, das Eindringen von in die Nasenhöhle eingespritzten Flüssigkeiten in die Tuben durch Verschluss ihrer pharyngealen Ostien zu verhindern. Vorläufige Mittheilung. Von Demselben. (Prager medicinische Wochenschrift 1876. Nr. 50.)

Digitized by Google

Zaufal gibt in dem ersten Aufsatz ein neues Verfahren der Untersuchung der Nasenrachenhöhle an, in dem zweiten schildert er dessen Verwendbarkeit zu therapeutischen Eingriffen. Von der Ansicht ausgehend, dass der sonst meist nur vom Rachen aus beleuchtete Nasenrachenraum ebenso gut von der Nase aus erhellt und beobachtet werden könne, construirte er Trichter, die er durch die Nasengänge (den mittleren oder unteren) hindurchführte bis durch die Choana. Dadurch wandelte er den durch die Conchen und durch Schleimhautwulste vielfach in seinem Lumen und seiner Richtung veränderten Weg in einen geraden und überall gleich weiten um, der ihm erst gestattete, das Licht eines Hohlspiegels in den Nasenrachenraum zu werfen und dann auch Instrumente einzuführen. Auf diese Weise gelang es ihm, sowohl locale Aetzungen, als auch Exstirpationen von Nasenrachenpolypen auszuführen. Die von ihm angegebenen Trichter haben im wesentlichen die Form der Ohrentrichter mit bei weitem verlängertem dünnen Ende, sind 9—11,5 Cm. lang und haben ein Lumen von 4, 5, 6, 7 u. 8 Mm. Sie sind entweder von Metall oder von Hartgummi gefertigt. Mit diesen Trichtern erhält er durch Verschiebung des Rohres eine Reihe von Einzelbildern, aus denen er sich ein Gesammtbild componirt. Als Vortheile seiner Methode gegenüber der Rhinoskopie führt er ihre Anwendbarkeit in manchen Fällen an, wo die Rhinoskopie unausführbar ist, ferner, dass man mittelst der Nasenrachentrichter die hintere Rachenwand, sowie einzelne Theile des Tubenostiums zur Anschauung bringen könne, die das Rhinoskop nicht zeige, dass man durch den Trichter die ungehinderten Bewegungen des Tubenostiums und des weichen Gaumens während ihrer physiologischen Action beobachten könne und dass man alles das nicht im Spiegelbild, sondern direct in natürlicher Lage, Grösse und Form sehe. Als Nachtheile gibt er die Unausführbarkeit seiner Methode bei Kindern und das beschränkte Gesichtsfeld an. Dem gegenüber ist wohl zu erinnern, dass man bei genügend tiefer und horizontaler Stellung des rhinoskopischen Spiegels gar wohl ein Bild der hinteren Rachenwand erhält, und dass sich doch wohl nicht alle Nasen zur Einführung des Nasenrachentrichters eignen, wenn auch angenommen werden muss, dass mit der grösseren Uebung des Operateurs und mit der zunehmenden Vervollkommung der Methode die Fälle, wo die Einführung ganz unmöglich ist, immer seltener werden müssen. Zaufal befindet sich in der angenehmen Lage, in Prag grösstentheils Angehörige des böhmischen Volksstammes zur Behandlung zu bekommen, deren Gesichtsbildung allerdings zur Einführung der Trichter möglichst günstige Verhältnisse darbietet.

Was den operativen Theil der Zaufal'schen Mittheilungen betrifft, so handelt es sich in erster Reihe um locale Cauterisationen sowohl mit den verschiedenen Aetzmitteln als auch mittelst der Galvanocaustik. Es ist leicht einzusehen, dass die Aetzung gut und exact gemacht werden kann, wenn die zu ätzende Stelle gut eingestellt ist. Freilich wird man,

Digitized by Google

wenn es sich um ausgedehntere Cauterisationen handelt, ebenso wenig mit einer einmaligen Operation ausreichen, wie bei der Aetzung vom Munde aus unter Leitung des rhinoskopischen Spiegels, denn wie hier die Reizbarkeit des weichen Gaumens, so bildet dort die Begrenztheit des Gesichts- und Operationsfeldes ein Hinderniss. Tiefe Aetzungen einer kleinen Stelle werden sich allerdings mit dem Nasenrachentrichter leicht und mit einem Male ausführen lassen.

Zur Entfernung von Rachenpolypen, soweit er sie nicht durch Cauterisation zerstört, hat Zaufal zwei ingeniöse Instrumente construirt, die ihm gestatten, von der Nase aus mittelst des Nasenrachentrichters eine Schlinge um den Polypen zu legen und denselben durch Abquetschen zu entfernen. Sein erstes Instrument stellt 3 mit dem Griff des Blake'schen Ohrpolypenschnürers verbundene Röhrchen dar, deren beide seitlichen (später durch Oesen ersetzte) den Draht, die mittlere zwei verschiebbare Federn an einem Stahlstabe trägt. Mittelst dieses Instrumentes, das mit Leichtigkeit durch einen 5 Mm. weiten Trichter hindurch passirt, führt er die unentfaltete Schlinge bis in den Nasenrachenraum und entfaltet sie daselbst durch Vorschieben des Stahlstabes, wodurch die bisher in der mittleren Röhre eingeschlossenen Federn heraus und auseinandertreten. Das zweite Instrument unterscheidet sich nur durch den Griff von dem ersten. Bei ihm geschieht die Verschiebung des Stabes und das Zusammenschnüren der Schlinge durch Hebelwirkung. An die Beschreibung seiner Instrumente schliesst Zaufal eine kurze Besprechung der vor ihm gebräuchlicheu Methoden von W. Meyer, Justi Michel, Voltolini und Störk. Am zweckmässigsten erscheint ihm das Verfahren von Störk. „Störk entfernt derartige Vegetationen," schreibt er, „mit seiner Stahldrahtguillotine, ein geistreich construirtes Instrument, dessen Anwendung ich allen den genannten Methoden vorziehen würde, wo es sich um Wegnahme von Wucherungen handelt, die am Dache des Schlundkopfes ihren Sitz haben. — Im Falle ich die Störk'sche Choanalzange zur Entfernung seitlich sitzender Geschwülste anwenden würde, würde ich ihren Bewegungen nicht mit dem Rhinoskope, sondern mit dem Trichter folgen." In neuerer Zeit hat Störk übrigens an seiner Stahldrahtguillotine eine Modification angebracht, derart, dass an Stelle des festen Knickungswinkels des Rahmens ein Gelenk gesetzt ist. Dieses Instrument kann nun gerade in den Nasenrachenraum hineingeführt werden und gibt sich dann selbst im Rachen die erforderliche Biegung.

Schliesslich berichtet Zaufal über drei sehr interessante Fälle von Nasenrachenpolypen, die er mit seinen Instrumenten mit gutem Erfolge operirt hat. In einem der Fälle hat er nacheinander 5 kirschgrosse Polypen abgeschnürt und einen sechsten noch grösseren Schleimpolypen durch Incisionen geheilt. Auf diese Weise beweist er uns die Anwendbarkeit seiner Instrumente und Methoden in Praxi.

Wenn auch, wie er selbst zugibt, seine Methode keineswegs ge-

Digitized by Google

eignet ist, die Rhinoskopie zu verdrängen und zu ersetzen, so müssen wir sie doch als ein höchst schätzenswerthes Mittel zur Ergänzung und Vervollständigung der durch den Spiegel gewonnenen Resultate, als ein neues Mittel operativer Massnahmen in dem schwerzugänglichen Nasenrachenraum und demnach als eine dankenswerthe Bereicherung unseres ärztlichen Wissens und Könnens begrüssen.

In der dritten Abtheilung gibt Zaufal eine Methode an, durch Empordrücken des weichen Gaumens mittelst des Fingers von der Mundhöhle aus einen Verschluss der Tubenmündungen zu erzielen, der bei Einspritzungen durch die Nase das Eindringen von Flüssigkeit in die Tuben zu verhindern geeignet sei. Dieses Verfahren ist, wie a priori anzunehmen ist, sicher, aber gewiss mit vieler Unbequemlichkeit für den Patienten verbunden. Prof. Störk hat in neuerer Zeit zu dem gleichen Zwecke die Patienten Wasser in den Mund nehmen lassen, in der Absicht, dass durch die von dem Wasser angeregte Schlingintension der weiche Gaumen in die Höhe gezogen und der Abschluss der Tubarostien bewirkt werde. Praktisch hat sich die Methode bisher gut bewährt.

Heymann.

311. Ein neuer Zerstäuber für den Nasenrachenraum und vielleicht auch für andere Höhlen. Von Tröltsch. (Archiv für Ohrenheilkunde 1876. Bd. XI. Hft. 1.)

T. empfiehlt zu staubförmiger Vertheilung eines Medicamentes zunächst für die Schleimhaut der pars nasalis pharyngis, ferner für den unteren Rachenraum und den Kehlkopf seinen Zerstäuber, der im Allgemeinen den Apparat von Richardson zur localen Anästhesie zum Muster hat. Während aber bei letzterem auf das Ende der beiden Röhren ein eigener Ansatz aufgesteckt wird, durch welchen erst die Zerstäubung entsteht, lässt T. die beiden Röhren lang ausziehen und die äussere an der abgerundeten Spitze mit einer feinen Oeffnung enden, so dass dort das Zusammentreffen der beiden Agentien, Luft und Flüssigkeit, stattfindet. T. lässt ihn am häufigsten mit schwachen Kochsalz-, Soda- und Zinklösungen füllen. Das Einführen ist für die Kranken leicht zu erlernen. Die Flüssigkeiten können in jeder beliebigen Temperatur zur Anwendung gebracht werden, so als Eiswasser-Sprühregen bei Angina tonsillaris.

Schliesslich macht T. auf chirurgische Fälle aufmerksam, wo man in der Tiefe einer Höhle oder einer Fistel einen desinficirenden oder sonst wohlthätig wirkenden Sprühregen einwirken lassen könnte.

(Centralbl. f. Chirurgie.)

312. Ueber die Anwendung des Amylnitrits bei Ohrenkrankheiten. Von Dr. J. Michael in Hamburg. (Archiv f. Augen- und Ohrenh. V. 2. 1876.)

Digitized by Google

Verf. stellte in Fällen von chronischen Erkrankungen des Mittelohres und von Affectionen des Labyrinthes Untersuchungen über den Einfluss des Amylnitrits auf die subjectiven Gehörsempfindungen an, welche bekanntlich sehr häufige und quälende Symptome der erwähnten Ohrenleiden sind. Unter 27 mit Amylnitrit behandelten Patienten gaben 19 eine bedeutende Besserung des Ohrensausens an, worunter sich 4 Fälle befinden, bei denen gleichzeitig eine nicht unerhebliche Gehörsverbesserung eintrat. Verf. liess in jeder Sitzung 1—5 Tropfen Amylnitrit inhaliren; bei allen gebesserten Fällen wurde während des Eintritts der Röthe im Gesichte das Sausen stärker und nahm erst mit verschwindender Röthe ab; nur bei einigen anämischen weiblichen Individuen verschwand das Sausen bereits mit Eintritt der Gesichtsröthe, zeigte sich jedoch beim Erblassen in der früheren Intensität. Die Besserung erstreckte sich nach jeder Inhalation auf mehrere Stunden, Tage und war in einem Falle selbst nach 3 Monaten noch vorhanden. (Ref., welcher Amylnitrit in vielen Fällen von Otalgie mit meist sehr befriedigendem Resultate angewendet hat, fand auch bei einzelnen Patienten eine bleibende, bedeutende Erleichterung ihrer subjectiven Gehörsempfindungen. Bei einem jungen Manne, welcher in Folge einer stärkeren Chinindosis bereits durch mehrere Monate an beiderseitigem, sehr heftigem continuirlichem Ohrensausen litt, erschien unmittelbar nach Inhalation von 2 Tropfen Amylnitrits das Sausen am linken Ohre völlig verschwunden, womit gleichzeitig eine Gehörverbesserung von 60 auf 100 Centim. für die Uhr constatirt werden konnte.) Urbantschitsch.

313. Die entotische Anwendung des Hörrohres. Von Dr. Albert Bing. Ein neues Hilfsmittel bei der Untersuchung Schwerhöriger. (Monatschrift für Ohrenheilkunde. Nr. 8 ff. 76.)

Mit den bisherigen Untersuchungsmethoden ist es nicht möglich, zu entscheiden, ob pathologische Veränderungen an den Gehörknöchelchen, besonders Verwachsungen in Folge chronischer Entzündungen, ein einzelnes Glied oder die ganze Kette betreffen, beziehungsweise, welches von ihnen frei und noch leicht schwingbar sei. Durch Hineinsprechen in den Schallfänger eines Hörrohres, das durch einen Tubenkatheter mit der Trommelhöhle in directe Verbindung gebracht ist, glaubt Verf. ein Mittel gefunden zu haben, um zu constatiren, ob der Stapes, das wichtigste Glied der Kette, an dem Process theilnimmt oder sich noch mehr oder weniger normal verhält.

Wenn Verf. bei einer Versuchsperson durch einen, mit einem posthornartigen Schallfänger und einem Hörrohr armirten Tubenkatheter in die Tuba mässig laut hineinsprach, so wurde, auch wenn durch Verschluss beider Gehörgänge und durch Verschluss der Augen jede andere Art der Perception als ausgeschlossen betrachtet werden konnte, das Gesprochene meist gut gehört und nachgesprochen. Versuche an Kranken

Digitized by Google

ergaben, dass manche bei entotischer Anwendung des Hörrohres etwas hörten, ohne es jedoch recht zu verstehen, während bei Anwendung desselben am äusseren Gehörgang ein mündlicher Verkehr mit ihnen noch möglich war. Andere hörten durch das Hörrohr nichts, weder entotisch, noch im äusseren Gehörgang, wohl aber Manches in unmittelbarer Nähe des Ohres Gesprochenes. Ein Patient mit chronischer eitriger Mittelohrentzündung und einer ganz kleinen, durch zähes Exsudat verlegten Continuitätstrennung des Trommelfells, der mit dem freien Ohr nur laut Gesprochenes, durch das in den Gehörgang gebrachte Hörrohr fast gar nichts percipirte, hörte ziemlich gut bei entotischer Anwendung des Rohres. War das Exsudat beseitigt und so die Oeffnung freigemacht, so hörte er mit und ohne Hörrohr besser. Die Untersuchten verlegen die Richtung des auf diese Weise percipirten Schalles in die Gegend der Tuba oder des Warzenfortsatzes.

Verf. zieht aus seinen Versuchen den Schluss, dass in Fällen, wo entotisch besser gehört wird, als bei Anwendung des Rohres, von aussen der Stapes noch frei, resp. weniger an dem Processe betheiligt sei, als die übrigen Knöchelchen, während in jenem Falle, wo nur das in der Nähe des Ohres Gesprochene gehört, durch das Hörrohr aber gar nichts percipirt wird, unüberwindliche Ankylose vorhanden sei. Nachdem Verf. den Einwand, dass in dem letzten (auch im Referate in extenso mitgetheilten) Fall der Schall möglicherweise durch die Membrana tympani secundaria fortgeleitet sei, durch die Angabe widerlegt hat, dass die Leitung durch die Membrana tympani secundaria auf die Labyrinthflüssigkeit und die davon abhängige Hirnempfindung bei vollständiger Stapesankylose unmöglich sein muss, kommt er zu dem Schluss, dass sich nur in der angegebenen Weise eine Steigbügelankylose sicher diagnosticiren lasse.

Dass in einem Falle, wo der Steigbügel frei ist, sich von einer Beseitigung der ausserhalb desselben befindlichen Leitungshindernisse viel erwarten lässt, ist gewiss. Ob aber die zur Beseitigung desselben vom Verf. vorgeschlagene Operation, Resection des Hammergriffs und des langen Ambosschenkels nach vorausgegangener Trennung desselben vom Stapesköpfchen, welche Operation zugleich die Lösung der noch immer offenen Frage einer dauernden Trommelfellöffnung in sich schliesst, wirklich von so geringen Gefahren begleitet sein würde, wie Verf. annimmt, muss die Erfahrung lehren. Verf. glaubt (und mit Recht! Ref.), dass das neue Hilfsmittel die bisherigen Untersuchungsmethoden in erwünschter Weise ergänzen wird. Michael.

314. Ueber das Vorkommen einer zweiten hinteren Trommelfellfalte bei Mittelohrkatarrh. Von Dr. Albert Bing in Wien. (Allgem. W. med. Zeit. 9. Jänner 1877.)

Verf. beobachtete in einigen Fällen von Einwärtsziehung des Trommelfells ausser der bekannten hinteren Trommelfellfalte, welche vom

Digitized by Google

kurzen Fortsatze des Hammers nach hinten verläuft, noch eine zweite Falte, welche von der Mitte des Hammergriffes ausging und parallel mit der ober ihr gelagerten hinteren Falte über zwei Drittel des hinteren Segmentes, zuweilen selbst bis an die hintere Peripherie des Trommelfelles verlief. Verf. bringt die Entstehung dieser zweiten Falte mit dem wellenförmigen Contour in Zusammenhang, welchen der Hammergriff zuweilen aufweist. Ein besonderes therapeutisches Verfahren dürfte gegen diese Faltenbildung kaum nothwendig sein, nur im Falle sie bleibend scharf ausgeprägt erscheint, könnte man an ihr die senkrechte Durchschneidung vornehmen. Urbantschitsch.

315. **Zur Therapie der Nasenkrankheiten.** Von Dr. Catti in Wien. (Wiener allg. med. Ztg. 1876.)

Da die mittleren und oberen Nasenpartien einer directen intensiveren Behandlungsweise minder zugängig sind als die vorderen und der Nasenrachenraum, bei welch letzterem die bisher üblichen Methoden der Application von reinigenden und medicamentösen Substanzen vollständig genügen, so hat sich Verf. Nasenbougies (bei Grohs, Wien, Währingerstrasse 22) anfertigen lassen, deren Bindemittel Gelatine bildet. Es sind 8—12 Ctm. lange, 4—6 Mm. dicke conische Stäbchen. Sie werden am dünneren Ende gefasst und durch langsam rotirende Bewegungen in die Nase hineingeschoben. Je nachdem man die Bougie in den oberen, mittleren oder unteren Nasenraum ganz einführen will, muss man sie vertical, schräge oder horizontal einschieben. Um den Abfluss der sich auflösenden Gelatine zu hemmen, tamponirt man das Nasenloch mit Charpie. Die Bougie ist nach 1—4 Stunden gelöst. Mit Erfolg angewandt hat Verf. diese Behandlung bei chronischem hypertrophischem Nasenkatarrh (cupr. sulph., zinc. sulph. 0,02. extr. ratanh. 0,03 in jede Bougie), bei Ozoena scrophulosa, Ulcerationen, Caries, Nekrose (acid. carbol. 0,06 pr. Bougie).

Michael.

316. M. Oertel: **Ueber Geschwülste im Kehlkopf und deren Operation auf endolaryngealem Wege** (Deut. Arch. f. klin. Med. 15. Bd. 3., 4., 5. u. 6. Heft. Prager Vierteljhrsch. 130, Referat von Ott).

Zur Beleuchtung wird das Licht einer guten Petroleumlampe verwendet, deren divergirende Strahlen durch eine Glaskugel von 24 Cm. und mehr im Diameter vereinigt und mittelst eines concaven Reflexspiegels in den Rachenraum geworfen werden. Eine Correction der Lichtfarbe kann man dadurch erhalten, dass man die Strahlen durch ein blaues Medium gehen lässt, indem man die Kugel mit einer sehr verdünnten Lösung von schwefelsaurem Kupferoxydammoniak in destillirtem Wasser, mit einigen Tropfen Ammoniak versetzt, füllt, und so ein schönes, weisses Licht von constanter Stärke erhält. Untersuchungs- und Operations-Instrumente sind: die Sonde, verschieden lang in ihrem horizontalen und absteigenden Schenkel, je nach Ausdehnung der Mundhöhle, und Hoch- oder Tiefstand

Digitized by Google

des Larynx; dieselbe wird auch zur Aufrichtung des Kehldeckels verwendet besonders wenn der Winkel, welchen der absteigende Ast zum horizontalen macht, grösser als ein rechter ist, indem die Epiglottis, wenn die Sonde zwischen dieser und der Plica interaryt. eingeführt war und ihre Spitze in einer horizontalen Linie vorwärts bewegt wurde, in gleichem Verhältniss mit der Vorwärtsbewegung der Spitze emporgerichtet wird. Von Operations-Instrumenten ist unter den ungedeckten Messern das sogenannte Excisionsmesser besonders hervorzuheben. Von der Form eines Staarmessers, ist es auf beiden Seiten schneidend, so dass die senkrecht verlaufende Schneide zur beabsichtigten Schnittführung benützt wird, während die schief verlaufende Schneide nur beim Einstich die Theile der Breite der eingestossenen Klinge entsprechend durchtrennt. Je nach der Schnittführung werden zwei Messer verwendet, eines mit der Schneide nach vorn, eines nach hinten. Die Länge der senkrechten Schneide beträgt 7—10 Mm., die grösste Breite 3—7 Mm. Das guillotinförmige Ringmesser ist nicht in einer geschlossenen, nicht biegbaren Röhre angebracht, sondern auf der concaven Seite eines passend gekrümmten Metallstabes durch angelöthete kurze Röhren fixirt, so dass dem Instrument leicht jede passende Krümmung gegeben werden kann. Bei der Kehlkopfzange sind die Branchen mit nach einwärts gekehrten Schneiden versehen.

Bindegewebsgeschwülste entwickeln sich an den Stimmbandrändern, der oberen oder unteren Stimmbandfläche oder vom Bindegewebswulst an der Vereinigung derselben am Schildknorpel. Die Grösse schwankt zwischen der eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Kirsche. Die Gestalt ist mehr oder weniger rundlich, oval birnförmig, seltener pyramidal, kegelförmig oder zapfenförmig; die Oberfläche nur bei den kleinsten gleichförmig, eben, bei den grösseren uneben höckerig, meist glatt und glänzend. Die Farbe der kleinsten gelb- oder blassroth, der grösseren röthlich, kirschdunkelroth, bei den entwickelteren weisslich-grauröthlich. Sie sitzen meist mit breiter Basis auf. Bisweilen ist die Verbindung der Neubildung eine bandartige durch vorgeschrittenere Ausstülpung der Schleimhaut, nie ist die Verbindung eine fadenförmige, die Lage ist nach Art ihrer Verbindung mit dem Mutterboden und je nach der physiologischen Action des Kehlkopfes verschieden: bei geringer Beweglichkeit des Tumors im Phonationsact eingeklemmt in die Stimmritze, bei bandartiger Insertion bald auf bald unter den Stimmbändern. Bei länger bestehendem Druck auf den Rand des gegenüber liegenden Stimmbandes entwickelt sich daselbst eine Einkerbung in Form einer mehr oder weniger tiefen Furche, in die der Tumor während der Phonation hineingepresst wird. Auf der Schnittfläche zeigten diese Geschwülste verschiedene, mehr oder weniger rundliche oder längliche Knollen, welche durch verschiedene Bindegewebszüge zusammengehalten und von einer das Ganze umschliessenden Schicht von Bindegewebe und Epithel umschlossen werden. Mikroskopisch bildete die oberste Schicht ein verschieden dickes Epithel, welches meist durch eine mehr oder weniger breite lichtbrechende

Digitized by Google

Schicht von faserigem Bau oder durch ein äusserst zartes feinfaseriges Gewebe mit den unterliegenden in verschiedener Richtung sich kreuzenden Bündeln von feinfaserigem und streifigem Bindegewebe zusammenhing. Dazwischen spärliche Capillaren und grössere Gefässstämmchen, elastische Fasern in grösserer oder geringerer Zahl. Junge Zellen, Kerne und Wanderzellen sowie Fettzellen nur ganz vereinzelt nachweisbar. Die durch die Geschwülste hervorgerufenen Functionsstörungen bezogen sich mehr auf die Phonation als auf die Respiration. Für letztere waren mehr die Grössenverhältnisse des Larynx und der Geschwulst, die Art der Verbindung dieser mit dem betreffenden Stimmband massgebend, sowie das Zustandekommen zeitweiser Stickanfälle seine Erklärung in der Reflexerregbarkeit der Glottismuskeln und der dadurch ausgelösten krampfhaften Contraction fand. Viel weniger als dieser physiologische Verschluss der Glottis war es der mechanische, wenn die bewegliche Geschwulst, von oben oder unten in die Glottis eintretend, diese verengte. Dieser Vorgang war dann immer mit deutlich hörbarem Geräusch verknüpft, welches theilweise durch den plötzlichen Durchtritt der comprimirten Luft bei der Exspiration oder durch den plötzlichen Eintritt der inspirirten Luft in den luftverdünnten Raum der Trachea und Lunge erzeugt, vorzüglich aber durch das Anschlagen der beweglichen Geschwulst an die Kehlkopf- oder Luftröhrenwände hervorgerufen wurde und als klappendes, ventilartiges Geräusch beschrieben worden ist. Viel früher und häufiger zeigten sich die Störungen der Phonation. Schon ein stecknadelkopfgrosses Knötchen verursachte Stimmstörung, wenn es am freien Stimmbandrand sass, besonders bei Singstimmen, indem die hohen Töne früher schnarrend wurden oder versagten. Später entstand Diphthonie. Grössere, meist festaufsitzende Geschwülste am Stimmbandrand erzeugten hochgradige Heiserkeit bis Aphonie neben bedeutender phonatorischer Luftverschwendung, und zwar bei kurzen Stimmbändern eher als bei langen, da es hier wegen des spitzeren Winkels der veränderten Glottisspalte noch einigermassen durch die ermöglichte Verdichtung der Exspirationsluft zu partiellen unregelmässigen Schwingungen der Stimmbänder kam. Bei lockerer, bandartiger Befestigung der Geschwulst erreichte die Stimmstörung nie jene Höhe, wie bei breit aufsitzenden. Die Phonationsstörung wurde sogar geringer, wenn sich jene Befestigung aus der festen, strammen allmälig entwickelt hatte, so dass die Patienten ihr Leiden sogar für gebessert hielten. Das Wachsthum der Bindegewebsgeschwülste scheint ein ziemlich langsames zu sein. Nach dem anatomischen Bau dürfte man bei röthlichen bis dunkelrothen gefässreichen Bindegewebsneubildungen ein rasches Wachsthum erwarten, während bei den anderen, namentlich bei den weisslichgrauen, mit zierlichen dünnen Gefässen durchzogenen Fibromen nur eine äusserst langsame Volumzunahme wahrscheinlich ist. Recidiven kamen nach gründlicher Exstirpation der Geschwulst nicht vor, auch keine narbige Deformität. Als Entstehungsursache musste meist ein acuter Katarrh angesehen werden mit partiellem Ausgange in eine circumscripte Entzün-

Digitized by Google

dung, deren Producte die erste Anlage zu Bindegewebsneubildungen abgaben. Die Kranken standen zwischen dem 20.—59. Lebensjahr, in den constitutionellen Verhältnissen liess sich nichts Abnormes, selbst Neigung zu Katarrhen nicht immer nachweisen. Dem Geschlechte nach waren es überwiegend Männer, meist Berufsständen angehörend, die eine gesteigerte Thätigkeit des Kehlkopfes in Anspruch nehmen. Da diese den Katarrh anfangs meist nicht beachten, so kommt es leicht zur parenchymatösen Entzündung und Infiltration des submukösen Bindegewebes. Als Gelegenheitsursachen mussten Erkältungen und Ueberanstrengung des Organs betrachtet werden. Die Behandlung bezweckte vorzüglich die Wiederherstellung der Stimme, und es musste daher die Operationsmethode so gewählt werden, dass die vollkommenste Abtragung der Geschwulst damit ermöglicht wurde. Um diesen Zweck zu erreichen, empfiehlt sich die Operation mit schneidenden Instrumenten, und zwar den einfachen oder ringförmigen Messern nach Voltolini, Störk am meisten. Wo es sich, wie bei den grossen Geschwülsten, vor Allem um die Entfernung der die Glottis beengenden Tumoren handelt und die Operation ohne Zeitverlust vorzunehmen ist, wird ein grosses Ringmesser allen anderen Instrumenten vorzuziehen sein. Der Rest kann dann ebenso, wie sonst die Tumoren, vorzüglich mit dem doppelschneidigen Excisionsmesser entfernt werden. Um ja der Recidive vorzubeugen, wurde der Mutterboden mit Lapis in Substanz, oder mit einem Krystallbrei von Chromsäure, der an einem abgestumpften Pinsel festklebte, geätzt. Blutungen oder andere üble Zufälle, mit Ausnahme eines kleinen Ritzes der Schleimhaut, kamen nicht vor, ebensowenig klagten die Patienten über Schmerz während der Operation, nach derselben nur dann, wenn eine Kauterisation stattfand. Die Heilung erfolgte gewöhnlich in 3—4 Tagen. Eine Nachbehandlung war bei erfolgter Aetzung nothwendig und bestand dieselbe in Schonung des Stimmorganes, kalten Umschlägen und zeitweiligem Schlucken von Eisstückchen innerhalb der nächsten 12—24 Stunden. Die Abstossung der Aetzschorfe erfolgte in 8—18 Tagen, normale Tonbildung erst nach 3—4 Wochen.

Von Papillargeschwülsten wurden 24 Fälle beobachtet, davon 20 operirt, 2 durch spontane Abstossung geheilt, 2 Patienten starben. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte drei Entwicklungsformen. Die erste Form zeigte hell- bis dunkelrothe unebene, mit mehr oder weniger deutlich bemerkbaren Erhabenheiten, manchmal ungleichförmigen grösseren, bis über hanfkorngrossen und einzelnen kleineren besetzte Geschwülste, die sich nur schwer von Bindegewebsgeschwülsten unterscheiden liessen. Die Diagnose wird noch dadurch erschwert, dass diese Tumoren vorzugsweise an den Stimmbändern, und zwar häufig mit dicker breiter Basis oder am Vereinigungswinkel der Stimmbänder wenig beweglich aufsitzen und ihre Oberfläche in manchen Fällen nur wenig uneben, wellenförmig, sonst aber glatt und glänzend erscheint. Selten sieht man sie isolirt als hanfkorn- bis erbsengrosse Geschwulst dem Stimmband aufsitzen. Ihre Grösse schwankt

Digitized by Google

von der eines Hanfkorns bis zu der einer kleinen länglichen Bohne. Meist waren deren 2—3 und mehr gleichzeitig vorhanden. Sie bestanden aus einzelnen, oft mit einander verbundenen kurzen, meist ziemlich breiten Papillen, aus saftreichem, vascularisirtem jungen Bindegewebe gebildet, mit einer mässig derben Lage von Epithelzellen überdeckt, die in den obersten Schichten unmittelbar ineinander übergingen, so dass gegen die Oberfläche eine einzige mehr oder weniger wellenförmig verlaufende Zellschicht die Papillome überdeckte. — Bei der zweiten Form traten weissröthliche und selbst weisslichgraue Papillargeschwülste von Erbsen- bis Bohnengrösse in unregelmässigen Formen auf. Ihre Oberfläche war mit spitzen, starren, bis über 2 Mm. hohen, etwa 1 Mm. dicken Zapfen bedeckt, die in der Regel so gruppirt waren, dass die kleineren Zapfen um die grösseren herumstanden und eine einzige verschieden grosse Gruppe bildeten. Der Sitz dieser Geschwülste waren ausnahmslos die Stimmbänder und zwar hauptsächlich die untere Stimmbandfläche, der Rand, seltener die Oberfläche nur wenige Millimeter vom Rand entfernt, ferner der Processus vocalis, der Vereinigungswinkel der Stimmbänder und der Schildknorpelplatte in einer Ausdehnung von 5—6 Mm. nach abwärts. Diese Geschwülste waren ausnahmlos dem Mutterboden mit breiter Basis inserirt. Aus dieser sprossten die jüngeren Glieder hervor und bekamen je nach ihrem Alter in der Mitte des ganzen Stockes eine grössere Selbstständigkeit und hingen schliesslich nur durch einen dünnen Stiel mit demselben zusammen. Mit dem Höhenwachsthum der einzelnen Drüsen war auch ein Breitenwachsthum der ganzen Masse bedingt, das sich vorzugsweise in einer allgemeinen Verbreiterung der Basis äusserte. Zu einer eigentlichen Stielbildung dieser Tumoren kam es nicht, weshalb sich die Papillen auch bei der Untersuchung als starre, harte Zapfen erwiesen, von denen auch die freistehenden nur wenig beweglich waren und bei Berührung mit der Sonde keine Compression erlitten. Histologisch bestanden diese Geschwülste aus einem ausserordentlich spärlichen, wenig vascularisirten Bindegewebsstroma, das in einzelnen Zapfen oder in mehr verzweigten längeren Papillen aus dem Nährboden sich entwickelte. Darüber erhob sich ein reiches Lager Epithelzellen, das die Interstitien zwischen den einzelnen Zapfen ausfüllte. Der Blutgehalt war ein ausserordentlich geringer. — Die dritte Form zeigte sich als eine maulbeer- oder blumenkohlartige Wucherung, die das ganze Kehlkopfinnere ausfüllte, die Verästelung der einzelnen Papillen setzte sich hier meist bis in die zweite und dritte Ordnung fort. In hochgradigen Fällen kommt es durch die fortschreitende Wucherung des Papillarkörpers zu vollkommener Degeneration des Mutterbodens selbst. Der Sitz dieser Geschwülste war vorwiegend die Schleimhaut der Taschenbänder, die innere Fläche der aryepiglottischen Falten, die vordere innere Fläche der Giessbeckenknorpel, der Kehldeckel, die Ränder und untere Fläche der Stimmbänder, der Schildknorpelwinkel, seltener die innere Fläche der Plica interaryt. des Ventr. Morgagni. Histologisch fand sich ein zellen-

Digitized by Google

und saftreiches Bindegewebsstroma als Körper der vielfach sich verzweigenden Papillen, das von zahlreichen dünnwandigen Capillarschlingen durchzogen wurde. Die deckende Epithelschicht war nicht so mächtig entwickelt wie bei der vorigen Form, daher grössere Isolirung der einzelnen Zapfen. Störungen der Respiration durch Papillargeschwülste traten meist nur dann ein, wenn sich dieselben auf die Stimmbandränder erstreckten. Waren die Stimmbänder und Glottis frei, so konnte oft noch bei hochgradiger Wucherung, die den Larynx beinahe ausfüllte, Athemnoth fehlen. Die schlimmsten Zufälle waren da zu beobachten, wo Stimmbänder und oberer Larynxraum mit dem Neoplasma besetzt waren. Die Störungen der Phonation zeigten sich am meisten bei der Form, die als weisslichgraue unbewegliche Zapfen dem Rande eines oder beider Stimmbänder aufsassen, indem hier bei der Phonation der freie Rand des normalen Stimmbandes zwischen die starren Zacken und Warzen der Geschwulst vollständig eingeklemmt wurde, daher höhere Störungen in der Stimmbandschwingung setzte. Grössere Geschwülste erzeugten nur Stimmstörung, wenn sie hinabhängend den Stimmbändern auflagen, oder in die Glottis hineinragten, oder indem sie die aus der Glottis dringenden Schallwellen unterbrachen, theilweise oder gänzlich zurückwarfen. Das Wachsthum der Papillargeschwülste ist verschieden; Recidiven sind am langsamsten bei der zweiten, am schnellsten bei der dritten Form. Im Allgemeinen war die Zeit der Entwicklungsdauer verhältnissmässig kurz, ein halbes bis höchstens 3—4 Jahre. Als Entstehungsursache der Papillome wäre wohl die Constitution des Kranken als letzter Grund des Leidens anzusehen, indem in allen Fällen ein geringer Widerstand gegen die von aussen einwirkenden Schädlichkeiten und vorzüglich Disposition zur Erkrankung der Schleimhaut und namentlich der Respirationsschleimhaut zu bemerken war. Als Gelegenheitsursachen wurden alle Momente angegeben, die Katarrhe der Respirationsschleimhaut hervorzurufen im Stande sind, indem sich ausser der dadurch bedingten einfachen Schwellung eine Hyperplasie des Papillarkörpers entwickelte, die zur Entwicklung der Papillarwucherungen Veranlassung gab. So wenig durch interne Medicamente und allgemeines Regimen auf die Geschwülste selbst eingewirkt werden kann, so wurde doch durch Eisen, Jod, Leberthran, sowie kräftigende Diät die Besserung der Constitution angestrebt und die Neigung dieser Geschwülste zur Recidive hintanzuhalten gesucht. Hauptsache blieb immer das operative Verfahren, das durch Form, Grösse, Resistenz und Verbindung mit dem Mutterboden, sowie die Beschaffenheit dieses bestimmt wurde. Die erste Form wurde mit dem Messer vom Stimmbandrand losgetrennt, mit der Zange vollends entfernt, der Grund mit Arg. nitr. in Substanz oder Chromsäure in Krystallen kauterisirt. Bei der zweiten Form wurden meist die grösseren Drüsen mit der Zange oder Drahtschlinge entfernt, dann mit dem Messer vollständig excidirt, und der etwaige Rest mit der Zange soweit als möglich aus der Schleimhaut heraus gelöst und dann geätzt. Dasselbe Verfahren wurde bei

Digitized by Google

der dritten Form beobachtet. Wo grössere Entartungen auf der Fläche der Taschenbänder vorkommen oder diese vollkommen ergriffen hat, würde energisches Aetzen mit Chromsäure, als Krystallbrei mittelst eines abgestumpften Pinsels aufgetragen, oder die Galvanokaustik zu empfehlen sein. Blutung und Schmerz waren selbst in den Fällen, wo die Zangenbranchen mit ziemlicher Gewalt in die Schleimhaut eingedrückt wurden, unbedeutend. Die Heilung erfolgte in 12 bis 24 Tagen. — Bei Carcinomen wurde jedes operative Verfahren als vollkommen nutzlos vermieden, nur die palliative und allgemeine Behandlung geübt.

Das seltene Vorkommen der Cystengeschwülste documentirte das blos einmalige Vorkommen binnen 12 Jahren. Sitz meist ausserhalb des Larynx, daher nur die Erscheinungen des chronischen Pharyngolaryngealkatarrhs und Nachweisen der Cyste erst mit dem Laryngoskop. In ätiologischer Hinsicht wäre der Zusammenhang dieser Affection mit chronischem Katarrh wohl zu bezweifeln, da sonst dieselbe wohl häufiger vorkommen dürfte, auch im vorliegenden Falle der Katarrh durch die Entfernung der Ge schwulst, die über der Epiglottis in der Nähe des linken Lig. glossoepiglott. lat. sass, keineswegs alterirt wurde.

317. Entfernung eines Spielzeugs (Locomotiv)aus der subglottiden Höhle des Larynx mit Hilfe der Tracheotomie und darauf folgender Laryngofissur. Genesung. Von Samuel Johnston.

Thomas Scanell, ein 14jähriger Knabe, erwachte am 14. März 1876 kurze Zeit nach dem Schlafengehen mit Suffocation. Die Athemnoth und der Schmerz am Halse waren so gross, dass Dr. Burn den nächsten Morgen die Tracheotomie zu machen genöthigt war. Als hierauf das Athmen wieder frei wurde, dachte man auch bald daran, dem Knaben die Canüle abzunehmen. Jedoch beim Versuche, dieselbe zu entfernen, traten allsogleich wieder Erstickungszufälle ein. Am 14. Juli, mithin vier Monate nach der Tracheotomie kam der Knabe in die Behandlung von Morell Mackenzie. Erst am achten Tage, nachdem sich die Reizbarkeit der Kehle vermindert hatte, war es möglich, die laryngoskopische Untersuchung vorzunehmen, und es stellte sich dem Assistenzarzt Dr. Johnston, dem die Behandlung übertragen wurde, folgender Befund dar: Die Stimmbänder sowohl als alle Gebilde des oberen Theiles des Larynx erwiesen sich als normal, nur tiefer unter den Stimmbändern sah man irgend einen fremden Körper schimmern, der von in Wucherung gerathener Schleimhaut umwachsen und theilweise bedeckt war. Da die Färbung der der Luftröhre entsprach, so hielt man diese Intumescenz für einen Theil der Luftröhre.

Als man dem Knaben von dem Vorhandensein eines fremden Körpers sprach, erinnerte er sich, dass er am Abend der Erkrankung mit einer kleinen Locomotive gespielt habe und er dieselbe in den Mund genommen, woraus sich die Wahrscheinlichkeit ergab, dass ihm diese in die

Digitized by Google

Luftröhre gelangt war. Bei der Beschaffenheit der Luftröhre und der Reizbarkeit des Knaben war von einer Entfernung auf natürlichem Wege keine Rede. Es wurde daher die Tracheotomie-Wunde nach oben verlängert, unter Anwendung von localer Anästhesie. Als durch die Verlängerung der Schnittwunde der Zweck nicht erreicht war, wurden Cartilago cricoidea der Membrana cricothryeoidea und schliesslich auch die Cartilago Thyreoidea entzweigeschnitten. Mithin kam es zur vollständigen Laryngofissur, erst jetzt schlüpfte der fremde Körper bis zum unteren Theile der ursprünglichen Wunde. Nachdem man nun dieses Spielzeug da frei und lose liegend fand, konnte es mit einer Zange erfasst und herausgeholt werden. Hierauf wurde die grosse Schnittwunde mit 4 Heftnähten vereinigt; und da die Reaction ziemlich bald verschwand, konnte der Patient schon am vierzehnten Tage in normaler Weise durch den Kehlkopf athmen.

Nun wurde die Trachealcanüle entfernt und blos zum Abflusse des Secretes eine kleine Oeffnung übrig gelassen. An Stelle der Hefte wurde nun die Vereinigung durch Heftpflaster erzielt. Die durchschnittenen Schildknorpelplatten wurden genau aneinander gefügt und mittelst Silberdrähten vernäht. Diese Thyreoidealnaht entfernte man am 22. August und am 28. August war die Wunde gänzlich verheilt. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte nur geringe Röthe des rechten wahren Stimmbandes und leichte Anschwellung des Taschenbandes derselben Seite, das linke Stimmband, sowie alle übrigen Theile des Larynx vollkommen normal.

Patient verliess bald darauf das Spital mit guter Stimme.

Prof. Stoerk.

318. Eine Stimmbandlähmung, durch Elektricität erst nach operativer Entfernung der hypertrophischen Tonsilla pharyngea zur Heilung gebracht; sowie noch einige operirte Larynx- und Pharynx-Erkrankungen. Von Dr. Max Bresgen. (Aus dem Ambulatorium von Prof. Störk in Wien. Deutsche medizinische Wochenschrift 1877, Nr. 1.)

Gerhardt hat zuerst, indem er die Angabe Philipeaux's in Erinnerung brachte, wonach bei bestehenden Rachenentzündungen Stimmbandlähmungen durch Elektricität nicht heilbar seien, die Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit des Zustandes der Rachenorgane bei Stimmbandlähmungen gelenkt. Gerhardt theilte sodann den Fall eines 20jährigen Mädchens mit, dessen paralytische Aphonie mit dem Gefühle eines Fremdkörpers im Halse, sowie öfteren Schlingkrämpfen begonnen hatte. Sofort trat hier nach Abtragung eines quastenförmigen Adenoms am vorderen Gaumenbogenrande Besserung ein.

Der vom Verf. selbst beobachtete Fall ist folgender: Ein 18jähriges Mädchen kam Mitte Juli mit vollkommener Aphonie in's Ambulatorium; letztere soll seit 4 Wochen bestehen. Gelähmt erscheinen rechterseits die Mm. cricoarytaenoideus later. und thyreoarytaenoideus. 14tägige elek-

Digitized by Google

trische Behandlung war absolut erfolglos. Nachdem dagegen eine hypertrophische Tonsilla pharyngea am Rachendache entfernt war, besserte sich bereits wenige Tage nach der Abtragung der Geschwulst bei fortgesetzter Anwendung des Inductionsstromes der paretische Zustand des rechten Stimmbandes so sehr, dass Patientin rauhe Töne hervorzubringen vermochte. Dagegen währte es bis zur völligen Wiederherstellung wohl mehrere Monate.

Im Anschlusse an diese Beobachtung theilt B. einige von ihm operirte Fälle mit. Der erste Fall betraf eine am Rachendache sitzende, etwa wallnussgrosse zerklüftete Geschwulstmasse, die mittelst einer gekrümmten Zange entfernt wurde.

Der zweite Fall betraf einen fibrösen Polypen von Kirschkerngrösse am rechten Stimmbande ganz nahe dem vorderen Winkel. Der Polyp wurde in vier Sitzungen mit der Störk'schen Guillotine entfernt.

Der dritte Fall betraf einen erbsengrossen Polypen des linken wahren Stimmbandes, der gleichfalls mit der Störk'schen Guillotine entfernt wurde.

Im letzten Falle endlich handelte es sich um einen grosserbsengrossen Polypen, der am linken Stimmbande an der Grenze des vorderen und mittleren Drittels mit breiter Basis aufsass. Auch hier wurde vollständige Heilung erreicht.

Zum Schlusse erwähnt Verf. noch einer kleinen von ihm vorgenommenen Verbesserung am Insufflationsrohre, um zu verhüten, dass dem Arzte beim Einblasen des Pulvers von Mund zu Mund das Pulver durch den Luftstrom des Patienten in den eigenen Mund getrieben werde. Verf. liess zu diesem Zwecke im Insufflationsrohre ein sehr leicht reagirendes Ventil anbringen und zwar dicht vor dem Einfüllungseinschnitte.

Riegel.

Dermatologie und Syphilis.

319. Folliculitis sebacea. Von Weisse. (Am. Arch. of Derm. Vol. II. 1876. Viertelj. f. Dermatol.)

Weisse schlägt für die Akne den Namen Folliculitis sebacea vor. Verf. erklärt dieselbe für eine Entzündung des Grundgewebes des Follikels, hervorgerufen durch eine mangelhafte Anfüllung der Drüsenepithelzellen mit animalischem Fett, welches im Blute in zu geringer Quantität circulirte. Verf. stellt folgende Punkte als Charakteristica der Akne auf:

1. In allen Akneformen ist ein gewisser Grad von Entzündung der Follikelwand vorhanden.

2. Mangelhafte Zufuhr von Fett in der Nahrung ist meist bei Aknekranken zu finden. (? Ref.)

Digitized by Google

3. Der Mangel des animalischen Oels im Capillarblut der Follikelwand macht das Sebum weniger flüssig, erzeugt Stockung desselben, dadurch Druck und Reizung der Wand, Entzündung und die weiteren Veränderungen.

4. Die innerliche Therapie soll in der Lieferung von Fett für das Blut bestehen.

5. Die äusserliche Therapie in Antiphlogose, Entfernung des Follikelinhaltes, Douchen mit heissem Wasser, Schwefel- und Kampherwaschungen; Bismuth und Kalkpulver.

320. Ueber eine seltene Form von idiopathischer localisirter oder partieller Atrophie der Haut. Von R. W. Taylor. (Vortrag in der New-Yorker dermat. Ges., Am. Arch. of Derm. Vol. II. Nr. 2, 1876.)

Taylor nimmt mit Wilson und Kaposi zwei Formen von idiopathischer partieller Atrophie der Haut an und zwar eine lineare, die andere in Form von runden oder ovalen Flecken. Die letztere, viel seltenere, illustrirt er durch eine Krankengeschichte einer 45jährigen irländischen Näherin, welche viel an Rheumatismus gelitten hatte. Bei ihr stellten sich perlmutterähnliche, narbenartige, weisse, daneben aber lichtbraune, etwas rauh anzufühlende Flecken ein, welche nach dem Abschaben die weissen atrophischen Flecken der ersten Art zurückliessen. Die braunen Flecken waren hyperästhetisch, die weissen eher anästhetisch. Die braunen Flecken entwickelten sich sehr langsam in sechs Monaten bis zum Umfange eines halben Zolles. Dann fielen die oberflächlichen Epithelschichten ab und die weisse eingesunkene Oberfläche, durch die Atrophie des Bindegewebes erzeugt, trat hervor.

Verf. glaubt, dass eine der von Wilson als Morphaea beschriebenen Atrophieformen (Morph. alba atrophica) nicht eine Infiltrationskrankheit wie die eigentliche Morphaea lardacea Wilson's, sondern eine idiopath. Atrophie der Haut sei.

321. Ein merkwürdiger Fall circumscripter Hautatrophie. Von Kolaczek. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. 1876.)

Die idiopathischen Atrophien der Haut finden sich nach Kolaczek in Form von Streifen, seltener als Flecken, hauptsächlich über der vorderen Beckenwand, den Gesässmuskeln, in der Gegend der Trochanteren, weniger häufig an der vorderen Oberschenkelfläche und der Streckseite des Oberarmes. Man begegnet ihnen nicht blos bei Frauen nach Schwangerschaften, sondern auch ohne dass solche vorausgegangen wären (36 Perc.), und vornehmlich bei langgewachsenen Männern (25 Perc. nach B. S. Schultze). Also präcipitirte Wachsthumsverhältnisse scheinen diese Atrophien zu erzeugen.

Eine weit seltenere Form der in Rede stehenden Atrophie ist von Wilson in den Bahnen der Nn. frontal., naso alaris und supraorbital. beobachtet und auf einen pathologischen Nerveneinfluss zurückgeführt

Digitized by Google

worden. Er hat zwei Fälle dieser von ihm sogenannten Atrophia neurotica veröffentlicht Beide betrafen junge Männer, von denen der eine nach einem Schlage gegen die Stirn dem Supraorbitalnerven entsprechend eine weisse Linie in der Haut behielt, welche nach einigen Jahren in eine Furche mit Anästhesie sich verwandelte; bei dem anderen entwickelte sich die gleiche Atrophie allmälig nach heftigem Niesen.

Einen analogen Fall hatte Verf. zu beobachten Gelegenheit. Ein 20jähriges Mädchen war als Kind von 11 Jahren gegen eine Ofenecke mit der Stirn gefallen, ohne sich jedoch eine Wunde zuzuziehen. Nur die bekannte Verfärbung durch extravasirtes Blut war einige Tage lang zu sehen. Nach etwa zwei Jahren bildete sich an der rechten Stirnhälfte ganz nahe der Mittellinie ein länglicher gelblicher Flecken, welcher sich im Laufe der folgenden Jahre unter allmäliger Vertiefung der davon betroffenen Haut senkrecht nach oben und unten gegen den Orbitalrand fortsetzte. Erst ein in der letzten Zeit an dieser Stelle beim Niederbeugen sich einstellender reissender Schmerz bewog das Mädchen ärztliche Hilfe nachzusuchen.

Rechts von und unmittelbar an der Medianlinie der Stirn verläuft vom Supraorbitalrande angefangen direct nach oben eine sehr augenfällige Furche bis etwa zur Kranznaht hinauf in der Länge von 13 Ctm. Sie beginnt unten schmal, 0·5 Ctm. breit und ca. 0·3 Ctm. tief und verbreitert sich allmälig unter gleichzeitiger Abflachung, so dass sie an ihrem oberen Ende sehr seicht ist und die Breite von ca. 2 Ctm. erreicht. Die darüber wegziehende Haut ist verdünnt, leicht runzlig, dabei aber etwas glänzend und lässt eine in der Mitte der Stirn dichotomisch sich theilende Vene deutlich durchschimmern. Durch Palpation überzeugt man sich leicht, dass diese Rinne nicht blos durch eine Atrophie der Haut, sondern auch durch einen entsprechenden partiellen Knochenschwund bedingt ist. Die Sensibilität ist im Bereiche dieser Atrophie nur vermindert. Der anatomischen Lage nach entspricht sie dem Verlaufe der Stirnarterie und Vene, sowie dem medialen Zweige des Frontalnerven.

Mit aller Bestimmtheit führte Patientin die in Rede stehende Affection auf die Contusion in der Jugend zurück. Das Merkwürdige hierbei läge nur in dem nach dem Trauma so späten Auftreten der Atrophie; doch ist auch in dem einen Wilson'schen Falle das nämliche Verhalten constatirt. Dass eine Contusion an sich eine atrophirende Wirkung haben kann, ist im Allgemeinen sichergestellt und wir hätten es hier nach der Meinung des Verf. mit einem seltenen und interessanten Falle einer Trophoneurose zu thun, wobei es allerdings dahin gestellt bleiben muss, ob die den Rückgang in der Ernährung und Anbildung hervorrufende Läsion den Nervenast im Ganzen oder nur die in der Arterienwand eingebetteten vasomotorischen Zweige getroffen hat und ob Letzteres zur Erzeugung einer Atrophie genügt.

Digitized by Google

322. Ueber die ominöse Form des Erythema nodosum. Von Dr. J. Uffelman. (Deutsches Archiv für klin. Medicin. 18. Band, 2. u. 3. H.)

Wir (Ref.) berichteten im Jahrgang 1873, Augustheft der „Med. chir. Rundschau" über eine, die gleiche Ueberschrift führende, erste Publication desselben Autors. Diese ominöse Form des Eryth. nod. wurde dadurch charakterisirt, dass es bei sonstigem gleichen Aussehen mit der gewöhnlichen Form über den Knoten eine eigenthümliche Röthe zeige, aber chronisch verlaufe und der Ausdruck eines tiefen Allgemeinleidens sei.

Nunmehr berichtet Dr. Uffelman über drei neue Fälle, welche ebenfalls bei jugendlichen, aus tuberculosen Familien abstammenden Individuen vorkamen, bei denen ebenfalls das örtliche Leiden gegenüber dem Allgemeinleiden, der auffallenden Blässe, der Entkräftung und dem andauernden Fieber in den Hintergrund tritt, so dass man es mit einem fieberhaften Magenkatarrh zu thun zu haben glaubt und oft erst zufällig das Erythema nodosum entdeckt.

Der erste Fall betrifft ein zartes, von einer hämoptoischen Mutter abstammendes, fünf Jahre altes Mädchen. Das Erythem läuft in zwölf Tagen ab, das Kind bleibt aber zwei Monate lang sehr herabgekommen und erholt sich nur mühsam. Eigenthümlich ist der Fall dadurch, dass nach Ablauf des Erythema nodosum und an den frühern Standorten der Knoten sich ein Herpes entwickelt hatte.

Der zweite Fall betrifft eine 20jährige Frau, den ersten bei einer Erwachsenen, welchen Dr. U. beobachten konnte, mit ganz ähnlichem Verlaufe.

Der dritte Fall betraf einen zarten, 9 Jahre alten Knaben, der mit heftigen Seitenschmerzen erkrankte, woran sich die ominöse Form des Erythema nodosum mit derselben Beeinflussung des Allgemeinbefindens anschloss.

Die pathologisch-anatomische Bedeutung der Knoten bleibt so lange unklar, als die anatomische Untersuchung derselben fehlt; vielleicht sind sie embolischen Ursprunges, wie ihre unter Frösteln einhergehende, oft schubweise Entstehung anzudeuten scheint. Eisenschitz.

323. Fall von pathologischer Hornbildung. Von Prof. Pick. (Vierteljahrschr. f. Dermatologie und Syphilis 1875 II. und III., Vierteljahrschr. f. prakt. Heilk.)

Es handelte sich um eine multiple Hornbildung an der Glans penis bei einem 22jährigen Manne, welcher den 13. April 1874 auf die Prager Klinik für Dermatologie mit hochgradiger congenitaler Phimose, Adhäsionen zwischen Glans und Präputium, bedeutender Balanoposthitis und einer Anzahl von spitzen Condylomen im Präputialsacke aufgenommen wurde. Die Condylome wurden nach Operation der Phimose im zwei-

Digitized by Google

maligen Angriffe mit der Scheere und nachheriger Cauterisation entfernt und am 26. Juni wurde der Kranke vollkommen geheilt entlassen. Neun Monate später wurde er wieder aufgenommen wegen einer höchst sonderbaren Hornentwicklung an der Glans penis, die aus den bereits einen Monat nach seiner Entlassung recidivirenden spitzen Condylomen entstanden war. Vom Sulcus coron. gl. ausgehend hat sich nebst einer Reihe kleiner, kolbenartig endender solcher Gebilde eine Hornmasse entwickelt, die an der Basis zwischen Eichel und Präputialrest wie der Nagel im Nagelfalze eingebettet ist. Dieselbe hat an der Basis 3·5 Ctm., an der Spitze 2·5 Ctm. Umfang und zieht in einem an der grössten Convexität 9·5 Cm. langen Bogen so über die Glans, dass sie die von den entgegengesetzten Seiten aufstrebenden Hörner fast berührt. Die Farbe des Hornes, vorwiegend gelbbraun, wird an der Spitze allmälig ganz schwarz: die Consistenz ist von der Härte eines dicken Nagels, nur an der Concavität spröd und bröcklig. Die Oberfläche des grössten Hornes zeigt eine Längs- und Querstreifung, während bei anderen nur die erstere deutlich ist. Unter Compression nach der Esmarch'schen Methode wurde das ganze Gebilde sammt dem Mutterboden, jedoch mit Schonung eines noch intact gebliebenen schmalen Saumes um die Harnröhrenmündung, abgetragen und sodann rasche Heilung der Wundfläche unter der gewöhnlichen Wundbehandlung erzielt. Ohne Verunstaltung der Glans und ohne Spur von Hornbildung wurde der Kranke entlassen.

Die makroskopische Untersuchung ergibt auf der Schnittfläche eine äussere härtere, homogen aussehende und eine innere weichere, vielfach durchfurchte Schichte. Bei mikroskopischer Untersuchung findet man durchwegs Epidermiszellen am Längsschnitt dachziegelförmig, am Querschnitt concentrisch angeordnet. Im unteren Drittel sind in den zwischen den Hornzellen bestehenden Lücken Blutgefässe. An der Basis ist normale Epidermis, welche sich zwischen die vergrösserten und verästelten Papillen einsenkt. Die Gefässe in den Papillen sind erweitert von reichlicher Zellengranulation; Talgdrüsen waren keine zu finden.

P. fand in der Literatur zehn Fälle von Hauthörnern auf dem Penis, von denen sich der von ihm beschriebene durch das jugendliche Alter des Patienten und die Kürze der Zeit, in der die Hornbildungen so enorm herangewachsen sind, unterscheidet. Bezüglich der Aetiologie ist in diesem Falle, übereinstimmend mit neueren Untersuchungen, der papilläre Ursprung in eclatanter Weise constatirt. Da der Kranke gleichzeitig an Psoriasis leidet, meint P. darin eine besondere Disposition für die Entwicklung epidermoidaler Neubildungen zu finden, da man ja bei Psoriatischen besonders reichlichen Haarwuchs häufig nachweisen könne. Schliesslich erwähnt P. noch der Aehnlichkeit der Entwicklung von Cornu cutaneum mit der des Carcinoms; da aber an der Glans bisher nur eine primäre Entwicklung des Carcinoms und erst consecutive Keratose beobachtet wurde, so bietet dieses Verhältniss neben dem jugendlichen Alter

Digitized by Google

des Kranken und der radicalen Entfernung der Hornbildung sowohl bezüglich der Recidive als bezüglich der Entwicklung eines Epithelioms eine günstige Prognose.

324. Die locale Behandlung der Psoriasis. Von Wyndham Cottle. (Lancet II. No. 14. 1876. Dtsch. Ztschr. f. prakt. Medic.)

In chronischen und vernachlässigten Fällen von Psoriasis bildet die enorme Abschuppung, die oft zu dicken Krusten sich anhäuft, ein fast unüberwindliches Hinderniss der Heilung, überdies macht die Gegenwart solcher Krusten an Gelenken die Bewegung fast unmöglich, jedenfalls aber schmerzhaft; dadurch, dass man die erkrankten Stellen durch Aufhebung der Verdunstung feucht erhält, darf man theoretisch eine Besserung erwarten. Cottle suchte deshalb eine möglichst genau anschliessende wasserdichte Umhüllung der erkrankten Theile herzustellen, was ihm auf folgende Weise gelang. Nach möglichst vollständiger Entfernung der harten Epidermisschollen und Krusten wäscht er zur Entfettung der Haut dieselbe mit Aether oder rectificirtem Weingeist ab, trocknet sie und überzieht sie mit einer Lösung von Kautschuk in dicker Lage mit einem Pinsel, und zwar wiederholt er letzteres so oft als nothwendig, um die Bedeckung gleichmässig und dicht zu erhalten. Er lässt 15 Grm. Kautschuk in 345 Grm. Chloroform lösen, was eine gleichmässiger anliegende und dichtere Decke gibt, als Guttapercha oder Collodium elasticum; eine ähnliche ätherische Lösung wird wegen rascherer Verdunstung im Glase zu bald dick und unbrauchbar.

Bei dieser Behandlung erfolgte die Heilung rascher und angenehmer für den Kranken, der weniger in seiner Freiheit beeinträchtigt ist; sie ist leicht durchzuführen. Die Haut wird weich, die Krusten erneuern sich nicht oder nur sehr unbedeutend und stossen sich leicht mit dieser Bedeckung ab, wonach die Haut beinahe normal erscheint. Die Röthe nimmt ab und es bleibt nur eine geringe Pigmentirung, die bei jeder Behandlung einige Zeit besteht. Acute Fälle eignen sich für diese Behandlung natürlich nicht. Cottle hat bis jetzt 50 Fälle damit behandelt unter gleichzeitiger Allgemeinbehandlung. In einem Falle, den er näher beschreibt, wurde die eine Körperhälfte mit der Kautschuklösung, die andere mit Quecksilber- und Theerpräparaten behandelt. Nach 3 Wochen fanden sich auf der ersteren nur mehr rothe Flecken mit geringer Infiltration und Schuppenbildung, auf der letzteren war der Process nur etwas milder geworden, die entzündlichen Erscheinungen dauerten fort. In gleicher Weise wurde eine Reihe von Fällen zur Vergleichung behandelt. Von günstigem Erfolge zeigte sich diese Behandlung auch bei chronischem Eczem unter gewissen Umständen, deren Untersuchung C. noch nicht abgeschlossen hat.

325. Ueber den häufigen Zusammenhang zwischen Eczem und Diabetes mellitis. Von Braxton-Hicks. (Lancet 1877.)

Digitized by Google

Einige Autoren erklären das Gefühl von Jucken in der Vulva, resp. am orificium urethrae, welches sich schon öfters als erstes Anzeichen des Diabetes gezeigt hat, aus dem Reize des zuckerhaltigen Urins, andere aus Veränderung der Nerven in der Vulva etc. Zu Gunsten der letzteren Ansicht führt Verf. an, dass bei Diabetikern auch mit dem Urin nicht in Berührung kommende Stellen (Lenden, Bauch) häufig eczematös erkranken, wie denn juckende Hautausschläge, Furunkeln und Carbunkeln häufig dem Diabetes vorangehen. Verf. räth, jedenfalls in den entsprechenden Fällen von hartnäckigen Eczemen an den Genitalien auf Diabetes zu untersuchen und eventuell sofort an die Behandlung des Diabetes selbst zu schreiten, d. h. zucker- und amylumhaltige Speisen (wenn auch nicht völlig) zu verbieten etc., nebstdem Carlsbader Wasser, Codeïn, China, Arsenik oder Eisen zu reichen. Manche solche Kranke, die früher erfolglose Curen gegen ihr Hautleiden unternommen hätten und dabei durch Jucken und Schlaflosigkeit herabgekommen wären, erholten sich bald vorübergehend oder auch bleibend, wenn ihr Diabetes entdeckt und behandelt würde. Bettelheim.

326. Sul mollusco contagioso. Von Bizzozero e Manfredi. (Archivio di Scienze mediche, Torino 1876. Vol, I. fasc. 1°. Centralblatt für Chirurgie.)

Der Inhalt des Molluscum cont. besteht vorwiegend aus Epidermisplättchen und eigenthümlichen ovalen, stark lichtbrechenden, dunkel contourirten Körperchen, welche zwischen den Epidermisplättchen liegen und für das Molluscum charakteristisch sind. Von Retzius wurden sie für parasitärer Natur angesehen. B. und M. zeigen nun, dass sie nichts weiter als eine eigenthümliche Degeneration der Epidermiszellen selbst darstellen. Man sieht in diesen in der Nähe des Kerns eine körnige Trübung auftreten, welche mehr und mehr zu einer homogenen runden Masse verschmilzt und den Kern immer mehr gegen die Wand der Zelle hin verdrängt. Oft sieht man ausgebildete Körper in Epidermiszellen stecken, ähnlich der Eichel in ihrem Kelche. Schliesslich werden sie wohl fast durchgehends frei, und man erkennt dann auch an manchen Zellen die Nische, in welcher sie lagen. Was die Entstehungsart des Molluscum anbelangt, so erhellt aus vorliegenden Untersuchungen, dass dieselben aus einer zapfenförmigen Proliferation der Malpighi'schen Schicht in das Derma und nicht etwa aus Talg- und Schweissdrüsen oder Haarfollikeln hervorgehen. Die verschiedenen Formen des Molluscum entstehen dann aus der verschiedenen Art der Sprossenbildung. Ueber die Contagiosität des Inhalts haben die Verf. die verschiedensten Versuche fruchtlos angestellt. Sie halten sie daher mindestens für nicht erwiesen. Der Umstand, dass bei Individuen, die mit einander viel verkehren, zuweilen eine Ansteckung des Molluscum zu erfolgen scheine, lasse sich auch so erklären, dass Individuen, welche denselben Schädlichkeiten ausgesetzt seien, in gleicher Weise erkranken könnten.

Digitized by Google

327. Ein Fall von idiopathischem multiplem medullarem Rundzellensarkom der Haut. Von Wigglesworth. (Am. Archiv f. Dermatol. 1876.)

Wigglesworth beschreibt folgenden Fall von Hautsarkom: Ein 40jähriges Weib bemerkte kleine Muskitostich-ähnliche Flecken auf der Haut des Stammes, welche sich immerfort vermehrten und zugleich grösser und dicker wurden. Weder Jucken noch Schmerzen. Bei der Untersuchung zeigten sich zahlreiche grössere und kleinere, blaulich-rothe, nicht gelappte, an der Haut befestigte, weiche, ulcerirte Geschwülste über den Körper verbreitet. Lymphgefässe und Drüsen normal.

Jodkalium innerlich. Mercurialsalbe, dann Jodtinctur auf die Knoten applicirt. Nach einiger Zeit zeigten sich die Brüste ganz infiltrirt und stellten das diffuse Sarkom, wie es Virchow an der weiblichen Brust schildert, dar. Ueber der Augenbraue links ein Knoten, welcher excidirt und untersucht wurde. Auf der Narbe entstand ein neuer Knoten, auf dem linken Knie ein Geschwür aus einem Knoten, Oedem trat dazu, allgemeine Entkräftung und endlich Tod. Die Section wurde nicht gemacht.

Der mikroskopische Befund des excidirten Knotens ergab die charakteristische Rundzellenformation, welche von der Papillarschicht auszugehen schien. Pigmentirung fehlte.

328. Ueber zweimaliges Auftreten von acuten Exanthemen, insbesondere von Scharlach. Von Dr. A. v. Hüttenbrenner. (Jahrb. f. Kinderkrankh. 10. Bd. 3. u. 4. H.)

v. Hüttenbrenner theilt einen Fall von Scharlachrecidive mit.

Von zwei Brüdern erkrankte der jüngere, $3^1/_2$ Jahre alte, an einer leichten Scarlatina, welcher kein charakteristisches klinisches Merkmal abging und auch mit farinöser Abschuppung endete.

Zwei Monate später erkrankte der ältere, 7 Jahre alte Bruder, der sich wahrscheinlich in der Schule inficirt hatte, gleichfalls an einer schweren Form des Scharlachs.

Der jüngere Bruder war, mit Rücksicht darauf, dass er vor kaum zwei Monaten gleichfalls Scharlach durchgemacht hatte, nicht isolirt, erkrankte aber dennoch am zwölften Krankheitstage des Bruders neuerdings an derselben Krankheit; auch jetzt fehlte kein wesentlich klinisches Symptom, es folgte eine über den ganzen Körper ausgebreitete lamellöse Abschuppung.

v. Hüttenbrenner will hier eine gewisse Famliliendisposition annehmen, weil auch die Mutter der Knaben zur Zeit der Erkrankung des jüngeren Sohnes eine Scarlatina sine exanthemate: Angina diphth., acuten Morb. Brightii mit nachfolgender kleienförmiger Desquamation und demselben Symptomencomplex, combinirt mit acutem Gelenksrheu-

Digitized by Google

matimus auch bei der zweiten Erkrankung desselben Sohnes durchgemacht hat.

v. H. verlangt für die Diagnose „zweitmalige Erkrankung" an Scharlach das Vorhandensein aller wesentlichen Symptome, insbesondere der farinösen und lamellösen Desquamation. Er macht darauf aufmerksam, dass über den ganzen Körper ausgebreitete Erytheme vorkommen, welche sehr leicht mit dem Scharlachexantheme verwechselt werden können, namentlich nach Verbrennungen und nach Operationen. Es kommen blosse Recrudeszenzen des aus irgend einer Ursache zurückgetretenen Scharlachexanthemes vor, welche sich von der eigentlichen Recidive dadurch unterscheiden, dass nicht zwei deutliche Abschuppungen erfolgen. Endlich pflegt im Verlaufe eines Scharlachs unter prodromalem Fieber eine Urticariaeruption zu erfolgen, welche, wenn man die Quaddeln übersieht, für ein zweites Scharlachexanthem gehalten werden könnte.

Eisenschitz.

329. Einiges zur Impf- und Blatternfrage. Von Dr. C. Spamer (Giessen). Deutsches Archiv f. klin. Med. 196. 1. H.

1. Ueber die zur Schutzkraft der Impfung nothwendige Zahl von Einstichen, resp. Einschnitten bei derselben.

Es liegen darüber, ob die Schutzkraft der Vaccine von der Zahl der Impfpocken abhängig sei, sich widersprechende Aeusserungen in der Literatur vor. Burchart meint, auf Grund einer Analyse der Revaccinationsresultate von 2963 Recruten und Vergleich derselben mit der Anzahl der von der 1. Impfung herrührenden Impfnarben, dass eine Impfpustel ebenso gut schützt, wie viele. Burchart berücksichtigte aber nur die Thatsache, ob und bei wie vielen Revaccinirten überhaupt positive Resultate erzielt würden. Die geringste Ziffer von 13·8% fand er bei Revaccinirten mit 10 Vaccinationsnarben, die höchste von 72·8% bei Revaccinirten mit 6 Vaccinationsnarben.

Oppert zählte die Vaccinationsnarben von 2231 Hospital-Blatternkranken und fand bei den leichten Fällen durchschnittlich $5^1/_2$, bei den mittlern $4^1/_7$ und bei den schweren $9^1/_4$ Narben.

Heim, der eine Statistik im Sinne Burchart's liefert, ausserdem aber die Revaccinationserfolge in vollkommene, unvollkommene und keine abtrennt, dabei 7845 Fälle mit guten, 3545 Fälle mit mangelhaften Impfnarben, 2025 Fälle ohne Impf- und ohne Pockennarben und 266 Fälle von überstandener Pockenkrankheit nach diesem erweiterten Gesichtspunkte erörtert, kömmt zu Resultaten, welche denen Burchart's widersprechen.

Spamer glaubt behaupten zu können, dass vollkommene Durchseuchung des Körpers mit dem Vaccinegifte genau ebensoviel und ebensowenig vor der neuen Aufnahme von Vaccine- (und Variola-) Gift schützt, wie vorausgegangene Durchseuchung mit Variolagift und er

Digitized by Google

acceptirt die Ansicht Eulenburgs, dass die Schutzkraft der Vaccine in bestimmter Beziehung zum Quantum der einverleibten Lymphe stehe, mit dem Zusatze, dass das jeweilig nöthige Quantum sich nach dem Grade der vorhandenen Disposition richtet, und dass in allen Fällen, wo an sämmtlichen Impfstellen sich Pusteln gebildet haben, die Impfung zur Tilgung etwa vorhandener Dispositionsreste wiederholt werden soll.

2. Ueber die Dauer der Schutzkraft der Vaccination sagt Dr. Spamer eigentlich gar nichts, indem er angibt, dass die vollständige Durchseuchung mit Vaccine ebenso lange vor Variola schützt wie überstandene Variola, also eine grössere Reihe von Jahren.

3. Ueber die Nachentwicklung von Vaccinepusteln bei Neuimpfung vor Verschwinden der Impfpusteln. Die Thatsache, dass sich nachgeimpfte Vaccinepusteln entwickeln können, veranlasst Dr. Sp. zu ausführlichen Erörterungen über die Beziehungen von Variola- und Vaccinegift, welche wir übergehen. Die Revaccinationslymphe hält er für weniger wirksam als die Vaccinationslymphe.

4. Soll man bei Blatternerkrankung einer stillenden Frau Mutter und Kind trennen oder nicht?

Dr. Spamer hat 7 Fälle gesammelt, in welchen die Kinder geimpft, bei der variolösen Mutter belassen worden waren und nicht an Variola erkrankt sind. Er glaubt, dass der Rath Fleischmann's wenigstens als Regel der richtige sei, das sofort geimpfte Kind ruhig bei der Mutter zu lassen.

Obwohl H. Dr. Sp. bei dieser Gelegenheit wieder mit dem Ref. polemisirt, so hat er eigentlich nunmehr sich zu des letztern Anschauung bekehrt, welche dahin ging, man dürfe nicht absolut sagen, jedes Kind soll belassen werden, sondern eben die Bedingungen auseinandersetzte, unter welchen man dies thun soll.

5. Ueber die Haltbarkeit des Blatterncontagiums und seine sanitätspolizeiliche Vernichtung.

Wegen der notorisch grossen Zähigkeit des Blatterncontagiums, welches Jahre lang seine Energie zu bewahren vermag, verlangt Dr. Sp. sanitätspolizeiliche Vorschriften, nach welchen mit Variola inficirte Kleider und Bettstücke vom Staate angekauft und vernichtet werden sollen.

Eisenschitz.

330. Abnormal verlaufende Vaccine. (Nach einer Vorlesung von Prof. Gamberini, Gior. ital. d. mal. ven. e de pell. Juniheft 1876.)

Pathologische Effecte der Impfung sind:

Roseola vaccinica, aus einfachen, rothen, isolirten Flecken bestehend, erscheint unter leichtem Fieber 3—18 Tage nach der Impfung, gewöhnlich zuerst am Arme, in verschiedener Ausdehnung, bisweilen über den ganzen Körper ausgebreitet, dauert oft nur einige Stunden,

Digitized by Google

selten einen Tag, um dann spurlos zu verschwinden. Die Impfung verläuft daneben normal (Hebra). Wird das Erythem intensiver, entsteht das Impferysipel. Es wird häufig veranlasst durch zu viele Impfstiche, welche eine heftige Entzündung phlegmonösen und bisweilen gangränösen Charakters hervorrufen. Mitunter sind theils bekannte, theils unbekannte äussere Einflüsse die Ursache; die Entstehungszeit ist die 1. bis 2. Woche, wann der Pustelinhalt sich in Eiter umzuwandeln pflegt; dieser reizt und veranlasst durch seine Zersetzung den Rothlauf oder fördert seine Entstehung. Er findet sich auch häufig bei Kindern, die nicht mit reiner, sondern mit Eiter versetzter Lymphe geimpft wurden.

Das Impfgeschwür. Nach der Periode der Eiterung tritt bisweilen an der Impfstelle ein Geschwür auf, welches bald in die Tiefe greift, bald in der Fläche sich ausdehnt, bald nach beiden Richtungen grösser wird. Dieser Befund gab oft zu dem Glauben Veranlassung, man habe es mit Vaccinalsyphilis zu thun. Dasselbe stellt jedoch ein ziemlich blasses, reichlich secernirendes, mässig schmerzhaftes, sich leicht mit einer weichen, gelben, gelbgrünen Kruste bedeckendes Geschwür vor, welches ziemlich langsam heilt. Es wird häufig bei Scrophulose bemerkt, und erinnert auch an diese Dyskrasie durch sein Aussehen.

Gangraena vaccinica ist beobachtet worden, wenn Typhus, Diphteritis während des Verlaufes der Impfpustel im Geimpften aufgetreten sind.

Vaccinella ist ein Exanthem von verschieden langer Dauer, bestehend in kleinen Bläschen, die sich während des Bestehens oder nach Ablauf der Vaccinpustel an verschiedenen Körperstellen entwickeln und Aehnlichkeit mit Varicellen haben. Es recidivirt auch bisweilen oder trocknet an einzelnen Stellen ein und erscheint gleichzeitig in anderen. Die Kinder werden dabei, besonders während der Periode des Eintrocknens, wahrscheinlich wegen des Juckens, unruhig. Die Bläschen gleichen denen bei Impetigo, enthalten aber auch zuweilen eine seröse Flüssigkeit, bestehen meist 2—3, manchmal auch 7—10 Tage und lassen in letzterem Falle weisse, zarte, leicht abfallende Krüstchen und später Narben zurück, wie bei Varicella. Bei Impfungen während des heissen Sommers bemerkt man ziemlich häufig bei den Impflingen eine Art Hydroa, bestehend aus bald hirsekorn-, bald linsengrossen Bläschen, die mit einer wässerigen Flüssigkeit gefüllt und mit einem kleinen rosenrothen Hofe, der auch zuweilen fehlt, versehen bald schwinden, um einer Abschuppung Platz zu machen. Neumann sagt, dass der Pustelinhalt der Vaccinella durch Impfung Varicella oder Variolis bei einem Gesunden hervorzurufen vermag. Der V. hält die Varicella für eine jener Hauterkrankungen, welche überhaupt nach der Einführung krankhafter Stoffe in die Haut entstehen.

Vaccina spuria nennt man jenes Impfergebniss, welches von der gewöhnlichen Vaccinepustel sich dadurch unterscheidet, dass der Blasen-

Digitized by Google

inhalt nicht durchscheinend, die Effloreseenz nicht mit Delle versehen, die Kruste sehr erhaben und uneben und der Verlauf in 3—4 Tagen abgethan ist. Dazu gesellt sich ein leichtes Fieber, gleichzeitige Entwicklung eines Ausschlages mit wenig Efflorescenzen und Erkrankung der mit der Impfstelle im anatomischen Nexus sich befindenden Lymphdrüsen. Die in Rede stehenden Efflorescenzen lassen sich durch Impfung auf andere Individuen übertragen. Vergani behauptet, dieser Zustand sei das Ergebniss entweder von schlechter Blutbeschaffenheit des Impflings oder von schlechter Beschaffenheit des Impfstoffes, der (nach Rayer) eitrig geworden ist, oder von Pusteln stammt, welche nahe dem Bersten waren oder deren Contentum die eigenthümliche Natur der Impflymphe schon eingebüsst hat. Die erzielten Impfungsresultate haben dann durchaus nichts mit den Vaccinpusteln gemein, sondern gleichen den Producten von Einstichen, welche mit oxydirten, oder mit Eiter beschmutzten, oder mit reizenden animalischen Substanzen bedeckten Instrumenten gemacht wurden; sie sind identisch mit einfachem, entzündlichem Ekthyma, daher ist die Bezeichnung Vaccina spuria eine falsche, um so eher, als ihnen auch jeder prophylaktische Einfluss fehlt.

Vaccina modificata sind Vaccinepusteln, die bei Jenen zur Entwicklung kommen, welche einmal bereits geimpft waren. Sie unterscheiden sich von den eigentlichen Vaccinepusteln durch kurze Dauer, Entwicklung in 24 Stunden nach der Impfung, Kleinheit, Einkämmerigkeit. Aehnliche Producte sollen durch Einimpfung was immer für reizender Substanzen entstehen. Auf Uebertragungen des Secretes dieser Pusteln auf noch nicht Geimpfte entwickeln sich nie wahre Impfpusteln, so dass man es wahrscheinlich mit einer schnell verlaufenden Impetigo zu thun hat. Aber Tilbury Fox lehrt von diesen pathischen Producten, dass sie eine prophylaktische Wirkung haben. — Zum Unterschiede vom Impfgeschwür, aber ganz unter denselben Erscheinungen, entsteht bisweilen Impetigo und Vaccinepustel bei übermässiger Eiterbildung, d. i. eine Vergrösserung des durch die Impfung veranlassten Substanzverlustes nach Art der scrophulosen Geschwüre, welche mit Entzündungserscheinungen und Anschwellung der mit der Impfstelle im anatomischen Nexus sich befindenden Lymphdrüsen einhergehen. Der Zustand erscheint besonders anfangs gefährlich, heilt aber innerhalb 5 bis 6 Wochen vollständig. Entwickeln sich die hier besprochenen Erscheinungen zu einem höheren Grade, so kommt es zu Ekthyma. Die Ursache dürfte in chemischer Zersetzung der Lymphe, im Ueberwiegen eitriger Bestandtheile in derselben zu suchen sein.

Vaccina und Variola. Wenn beide Processe an einem Individuum zur Entwicklung kommen, gehen beide unbeeinflusst von einander nebeneinander her. Man hat hie und da bemerkt, dass die Variola in solchen Fällen minder heftig verlaufe. Tocelli hat gefunden, dass, wenn man durch denselben Impfstich Lymphe und Variola-Eiter einem Individuum bei-

Digitized by Google

brachte, sich Vaccine entwickelte. Parola sagt, man könne auch während der Incubation der Variola vacciniren; schaden werde man damit nie.

Anomalien der Vaccination. Hieher gehört das Erscheinen der Impfpusteln in verschiedener Zeit und an verschiedenen Orten, dann Vorausgehen einer Pemphigusblase der Entwicklung der Impfpustel; verspäteter Ausbruch der Impfpusteln 10—11 Tage nach der Impfung.

Die prophylaktische Wirkung der Vaccination dauert unter 15 Jahren, ja zur Zeit von Epidemien sieht man vor 12, 10, 8, ja sogar vor 1 Jahr, vor wenig Monaten Geimpfte von Blattern befallen werden, weshalb sich eben für solche Perioden die Revaccination empfiehlt.

Emanuel Kohn.

331. Ueber Rectal-Syphilis. Von Duplay. (Progr. mélic. Nr. 39, 1876.)

Eine 32 Jahre alte, kräftige Frau wurde im 25. Lebensjahre syphilitisch, sie hat eine sechswöchentliche antidyskrasische Cur durchgemacht und allmälig schwanden alle Syphilis-Symptome — darunter Plaques an den Genitalien, Alopecie. Am After waren nie Papeln aufgetreten. Im 30. Jahre bemerkte sie ein Hinderniss beim Stuhlabsetzen, permanente Stuhlverstopfung und Blutabgang vom Anus, schliesslich auch Schmerz ausser der Zeit des Stuhlabsetzens und unwillkürlichen Abgang einer übelriechenden gelblichen Flüssigkeit (Beweis der Insufficienz des Sphincters). Dabei war das Allgemeinbefinden befriedigend. Die Digitaluntersuchung vom Rectum und der Vagina aus zeigte die Scheiden-Mastdarmwand sowie die Rectalwand in den übrigen Segmenten bei 7 Ctm. weit verdickt, ohne Narbe, ohne Geschwür und mit vom Anus ausgehenden, verticalen, einander paralellen Wülsten besetzt, dadurch das Lumen verengt. Durch ein vorausgegangenes Trauma konnte dies nicht veranlasst sein. Die Patientin erinnerte sich keines solchen, man fand keine Narbe am Rect. und die Ausbreitung der Strictur war für jene Ursache zu umfänglich. Dysenterie (als Ursache) war gleichfalls durch die Anamnese ausgeschlossen und durch den tiefen Sitz der pathologischen Veränderung. Die allmälige Entwicklung hatte für Cancer gesprochen. Letzterer umfasst selten die ganze Circumferenz des Darmrohres; ist dies dennoch der Fall, dann bestehen in Folge der langen Dauer auch schon Ulcera; fernèr sprach das gleichmässig andauernde Wohlbefinden gegen Krebs. Es bleibt nur noch Syphilis als Ursache des Leidens anzunehmen, worin man durch die Anamnese bestärkt wird. —

Ueber Rectalsyphilis bestehen die verschiedensten Anschauungen. Einige leugnen das Vorkommen derselben ganz und gar. Andere geben ihr Vorhandensein zu, lassen aber als Ursache nur die Folgen blennorrhagischer Zustände oder die Substanzverluste, welche durch weichen (phagedänischen) Schanker oder den Initialaffect der Syphilis hervorgerufen werden, gelten. Eine dritte Partei behauptet von allem bisher Gesagten das Gegentheil und lässt Mastdarmverengungen nur als Theilerscheinung constitutioneller Syphilis gelten. Die Anhänger dieser Erscheinung sind in zwei Lager getrennt. In dem einen wird behauptet: Die syph. Mastdarmstrictur ist das Ergebniss einer vorausgegangenen Gewebszerstörung durch ein erweichtes Gumma oder durch Etablirung eines (sogenannten) tertiären syphilitischen Geschwüres, nach deren Ablauf

Digitized by Google

Heilung nur auf Kosten der befallenan Gewebe (durch Retraction derselben) stattfindet. Dagegen lässt sich einwenden, dass im Verhältnisse zu der Häufigkeit der Rectalsyphilis Gummata und Geschwüre der erwähnten Art auf der Mastdarmschleimhaut selten sind und nur umschriebene Veränderungen der Rectalwand herbeiführen könnten. Die auseinandergesetzte Hypothese könnte nur einen Theil der vorkommenden syphilitischen Mastdarmverengerungen (bei denen sich Klappen und Stränge fanden) erklären. Die andere Hypothese aber erklärt die diffusen (wie die vorliegende), das ganze Darmrohr in einer gewissen Breite befallenden Veränderungen und nimmt eine Infiltration des Parenchyms der Mastdarmwand an (ähnlich der Infiltration des Leberparenchyms, der Albuginea testis, des Hodenparenchyms bei Syph.), welche dann zu gleichmässigem Schwunde des Organes in der Ausdehnung der erkrankten Partie führt. Dass es aber gerade die unteren Partien sind, wo sich das Syphiloma recti etablirt, rührt von der grösseren Irritation her, welche diese Stellen bei der Defäcation erleiden. Bei den Frauen, bei denen auch die Affection häufiger beobachtet wird, kommen noch andere Momente: die habituelle Constipation, die Congestion während des Coitus, der Menstruation (als Reize in der Nähe), die Entbindungen zu jener Irritation.

Was den Verlauf anlangt, würde das Leiden, sich selbst überlassen, zur Zunahme der Verengerung führen, so dass schliesslich mit Mühe eine Sonde in's Rectum eingebracht werden könnte. Es käme zur sackförmigen Erweiterung der Partie oberhalb der Strictur, zur Ulceration, Perforation, zur Bildung von Hohlgängen und Fisteln, welche letztere in der Umgebung des Afters münden. Dann müsste der Chirurg einschreiten. Bis dahin muss die nöthige medicamentöse Behandlung von dem Standpunkte aus geleitet werden, dass sie nur so lange einen Erfolg hat, als die Infiltration noch nicht bis zur völligen Substitution der normalen Gewebe gediehen ist.

Der mechanische Einfluss der mèches und der Rectalcanülen begünstigt die Resorption und hemmt die Retraction. Die ersteren können mit Jodsalben, Unguent neap. bestrichen werden. Eine vollkommene Herstellung der ursprünglichen Elasticität und Contractilität des Organes ist jedoch nicht zu erwarten und man kann (wie auch im Eingangs erwähnten Falle) nur hoffen, dass die Verdickung und Induration abnehmen, die Functionsstörung verringert und für die Zukunft so weit als thunlich hintangehalten werde. Emanuel Kohn.

332. 2 Fälle von Syphilis aus den casuistischen und pathologisch-anatomischen Mittheilungen aus dem Nikolai-Kinder-Hospital zu Petersburg. Von Dr. Reimer, Jahrbuch der Kinderheilk., X. Band, 1. u. 2. Heft.

I. Ein 12 Jahre alter Knabe hatte viel an Ausschlägen im Gesichte und Kopfe und Abscessen an verschiedenen Körperstellen, an ecclamptischen Anfällen während des verspäteten Zahnens gelitten und lernte spät gehen, wobei die

Digitized by Google

Extremitäten sich verkrümmten. Im 10. Lebensjahre trat Athemnoth, Husten, Abmagerung, Frösteln abwechselnd mit Hitze und Appetitlosigkeit nebst Stuhlverstopfung ein. Dieser Zustand dauerte mit abwechselnden Verschlimmerungen und Besserungen 2 Jahre, bis die Eltern das Kind dem Spitale übergaben. Bei der Aufnahme fand man: Hochgradige Anämie und Abmagerung. An der Haut, besonders an den Streckseiten der Extremitäten linsen- bis erbsengrosse, leichtschuppende Knötchen, am Schädel einige Auftreibungen. Nasenrücken abgeplattet. Der Athem aus Nase und Mund höchst übelriechend. Röthe und Schwellung beider Tonsillen. An der Uebergangsstelle des harten in den weichen Gaumen eine erbsengrosse, wenig bewegliche, unempfindliche, knorpelhart anzufühlende Geschwulst. Die rhinoskopische Untersuchung ergibt an der rechten unteren Nasenmuschel ein annähernd $1^1/_2$ Ctm. langes Geschwür mit scharf begrenzten, steilen Rändern, speckigem Grunde und intensiv gerötheter, geschwollener Umgebung. Aus dem rechten Ohre fliesst fötide, saniöse Flüssigkeit aus. Das Gehör auf diesem Ohre gleich Null, das Trommelfell perforirt. Geschwollene Cervicaldrüsen, deren eine auf der rechten Seite des Halses abscedirt ist, daselbst ein Geschwür, ein ähnliches unreines am stark hervorgetriebenen Brustbein. Mit der Sonde fühlt man rauhen Knochen, Athemfrequenz 35 in der Minute. Häufiger Husten mit übelriechenden, grünlichen Sputis, Eiter und elastische Fasern enthaltend. Am Thorax rückwärts rechts leerer Percussionsschall, links tympanisch.

Katarrh der feinen Bronchien. Milzdämpfung vergrössert. Urin bietet nichts Abnormes. Patient kann unter Verschlimmerung des Allgemeinbefindens 2 Tage nach der Aufnahme nur auf dem Rücken liegen. Nach 3 Tagen Vergrösserung der oben erwähnten Geschwulst am Gaumen. 4 Tage später war dieselbe taubeneigross, es entstand eine Oeffnung in ihr, aus welcher Eiter ausfloss, und durch die man ein spitzes, aber unbewegliches Knochenfragment fühlte. Auch das Geschwür in der Nase vergrösserte sich. Die ganze rechte Gesichtshälfte und auch die Lider und deren Umgebung stark geschwollen und schmerzhaft. Am 3. Tage stiess sich der erwähnte Knochensplitter ab, dem bald ein zweiter folgte; Aehnliches geschah am Sternum.

5—6 Wochen nach der Aufnahme in das Krankenhaus fielen 3 Backenzähne und ein Augenzahn heraus. Ausserdem stiessen sich noch an den oben erwähnten Stellen Knochenstücke ab und ward dadurch eine Communication zwischen Mund- und Nasenhöhle hergestellt. Die Infiltration der Wange und des Unterkiefergelenks war so stark, dass Pat. nur mit Mühe den Mund öffnen konnte. Sprechen, Kauen und Schlingen sehr erschwert. Die Intumescenz der Cervicaldrüsen nimmt zu. Gegen Ende der 6. Woche vergrösserten sich auch die Cubitaldrüsen namhaft und vor vollem Ablauf von 2 Monaten kam ein Theil der genossenen Flüssigkeit zu jenem oben erwähnten Geschwüre am Halse, welches sich vertieft und schliesslich den Oesophagus angefressen hatte, wieder zum Vorschein. Feste Speisen verursachten in der Gegend der Fistelmündung im Schlunde Schmerz. Später trat Eiweiss im Urin auf, Fibrincylinder und verfettete Epithelien. Hochgradiger Ascites.

Beiläufig am Ende des 3. Monates entstand am unteren Segment des linken Sternalrandes ein wallnussgrosser Abscess, welcher spontan aufbrach und bei zwei Pfund Eiter entleerte. $3^1/_2$ Monate nach Aufnahme in die Heilanstalt befand sich der Kranke in folgendem Zustande: Das Gesicht veschwollen; der Kranke nicht im Stande sich verständlich zu machen; der Mund kann kaum so weit geöffnet werden, dass man etwas Flüssiges dem Knaben beibringen kann. Gelingt dies dennoch, so rinnt es durch die Nasen- und Fistelöffnung wieder heraus. Unwillkürliche Stuhlentleerung. An den Extremitäten hatte der früher aufgetretene Hydrops abgenommen, der Ascites dagegen zugenommen. Es traten colliquative

Digitized by Google

Diarrhöen und unter Erscheinungen der Erschöpfung am 99. Tage nach der Aufnahme in das Spital der Tod ein.

Section: Aus dem Munde fliesst eine schwärzliche Flüssigkeit von jauchiger Beschaffenheit. Ohne Gewalt kann der Mund nicht geöffnet werden, wegen einer Narbenmasse, welche die rechte Backentasche ausfüllt. Die Synovialhaut des Gelenkes selbst ist geröthet und mit Vegetationen bedeckt. Das umgebende Bindegewebe serös infiltrirt und von gummösen Wucherungen durchsetzt. Die rechte Hälfte des harten Gaumens ist fast gänzlich zerstört und bildet ein offenes Loch mit schmutzig grauen, aufgeworfenen Rändern. Der freie Rand der linken Hälfte des harten Gaumens sieht auch wie angefressen aus und kleine spitzige Knochenenden ragen aus ihm hervor. Die untere Nasenmuschel, der rechte Fortsatz des Keilbeins und das untere Segment des Siebbeins durch Caries zerstört, die Nasenschleimhaut eitrig belegt und mit unregelmässigen Geschwürchen besetzt. Ein mannigfach gewundener, von callösen Wandungen begrenzter Gang beginnt im Winkel zwischen omotyreoid. und sternocleidomast. und mündet oberhalb dieses Ausgangspunktes in den Oesophagus. Die Cervicaldrüsen stark vergrössert, meist käsig. Im interstitiellen Zellgewebe der Halsmusculatur gummatöse Einlagerungen. Die Schleimhaut des Oesophagus geröthet, geschwellt und in der Umgebung der obenerwähnten Oeffnung mit stecknadelkopfgrossen, graulichen Granulationen besetzt. Caries des Sternums; rechts zwischen der 5. und 6. Rippe eine Oeffnung, durch die man in die Pleura gelangt. Das Sternum ist mit dem Herzbeutel so innig verwachsen, dass es nur mit dem Messer abgetrennt werden kann. Die oben erwähnte Oeffnung am linken Sternalrande zeigt sich als aus einem in der Vorderfläche des Pericardiums sitzenden, eitrig zerfallenen, haselnussgrossen Knoten hervorgegangen. Das rechte Cavum pleurae ist durch eine schwartige Exsudatmasse wie in zwei Hälften getheilt, so dass die in der oberen Abtheilung liegende rechte Lunge dadurch auf ein Drittel ihres Volumens reducirt ist. Die Kapsel wird durch eine 2 Ctm. dicke, schwartige, unebene Masse gebildet, in der grössere gelbe Knoten lagern. Die äusserst comprimirte rechte Lunge von miliaren Granulationen und grösseren gelblichen, käsigen Knoten durchsetzt, stellenweise cirrhotisch. Das Pericardium mit dem Herzen auf's innigste verwachsen, von Knoten durchsetzt, die in knorpelharten Verdickungen eingelagert sind. Das Herz um's Doppelte vergrössert, in der Wand des rechten Vorhofs ein taubeneigrosser Knoten, des rechten und linken Ventrikels zahlreiche Granulationen, die Mediastinaldrüsen stark vergrössert, käsig entartet. Zahlreiche Knoten in der stark vergrösserten Leber und in der von schwartiger Hülle umgebenen Milz. — Fettniere. — Zahlreiche Geschwürchen im Magen und Darm aus dem Zerfalle von Knötchen hervorgegangen. Die Knochen des Schädeldaches bedeutend verdickt und mit mehrfachen Unebenheiten besetzt, sulzige Exsudate in den Subarachnoidealräumen. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass jene Granulationen in den inneren Organen aus starken Bindegewebswucherungen besonders um die Capillaren bestehen. Jüngere Stadien des Processes zeigten hyperplastische Schwellung der Arterienwände, bedingt durch enorme Anhäufung zelliger Elemente, die viel Aehnlichkeit mit weissen Blutkörperchen hatten.

Epikrise. Der Fall wurde eine Zeit lang für Tuberculose gehalten. Allein schon als der Kranke in das Spital aufgenommen wurde, waren die Symptome so deutlich, dass die Diagnose Syphilis gestellt werden konnte, welche durch die Obduction bestätigt ward und zwar nach den Ergebnissen der Anamnese auf Syph. haeredit. mit der vorherrschenden Form Gumma, welches bei dem cachectischen Zustande des Kranken die Tendenz zu raschem Zerfalle hat.

Digitized by Google

Die strahligen Narbenmassen in der rechten Backentasche sind Residuen eines verheilten Geschwüres. Auf sie allein ist aber die Unbeweglichkeit des Unterkiefers nicht zu schieben, da die Synovialhaut des Gelenkes gleichfalls verändert war. Dass auch die Oesophagusfistel möglicherweise durch den Zerfall eines solchen Gummas veranlasst ward, dafür spricht, dass in ihrem Verlaufe an einer Stelle sich eine bohnengrosse Ausweitung fand. Einen ähnlichen Anlass hat das Geschwür am Sternum und die tiefer gehende Zerstörung des Knochens bahnte in oben geschilderter Weise dem Empyem den Weg nach aussen. An den Unterleibsorganen ist der Befund für Syphilis charakteristisch.

II. Ein vier Jahre altes Mädchen wurde am 25. November 1867 in dem Spitale aufgenommen. Bei der laryngoskopischen Untersuchung der gut genährten Kranken zeigte sich die Schleimhaut der Epiglottis und des Kehlkopfeinganges stark geröthet und am linken Stimmbande eine papillomatöse Excrescenz, welche sehr einem breiten Condylome ähnelt. Sonst keine Geschwüre zu bemerken. Das rechte Stimmband geröthet und geschwellt. Die äusseren Genitalien erscheinen geschwollen, entzündet und grünlichen Schleim secernirend. Introitus vaginae für das Alter ungewöhnlich weit, Hymen fehlt. An den kleinen Schamlippen zwei kleine chancreähnliche Geschwüre, an der untern Schamlippencommissur und dem After breite Condylome. Die Anamnese ergab, dass ein betrunkener Arbeiter das Kind stuprirt habe. — Therapie: Jodkali und Sublimatbäder. — Nach 3 Wochen sind die Condylome am After geschwunden, der Schanker an den kleinen Labien mit Zurücklassung einer Narbe geheilt, die Stimme weniger heiser, die Excrescenz am Stimmbande beseitigt, aber noch immer Röthe und Schwellung im Larynx. In der 4. Woche ward die Stimme wieder heiser und im Verlaufe zweier Tage sogar tonlos. Unter bedeutender Alteration des Allgemeinbefindens entwickelte sich ein starker Katarrh der Luftwege und über dem rechten geschwellten Stimmbande eine hirsekorngrosse Erosion. 4 Tage nach dem Beginne der Störung des Allgemeinbefindens zeigte sich am Gesichte, Halse und der Brust ein Exanthem, in Form von dunkelrothen, zerstreut stehenden, flachen, linsen- bis erbsengrossen, länglich runden Flecken, welche beim Fingerdruck schwinden und nur sehr allmälig wiederkehren. Am Abende verschlimmerte sich der Zustand sehr bedeutend. Mit dem Finger liess sich nur die ödematös geschwellte Epiglottis fühlen. Rachen diffus geröthet. Respiration pfeifend, 46. Temperatur 40. Puls 160, schwach, Entsprechend dem unteren Lappen der rechten Lunge Dämpfung und consonirendes Rasseln. Die Athemnoth nimmt fortwährend zu. Tracheotomie um Mitternacht, darauf Erleichterung und dreistündiger Schlaf. Gegen 5 Uhr Morgens tritt neuerdings Verschlimmerung, Ausdehnung der Infiltration, beginnendes Oedem, um 5 Uhr Abends Lungenparalyse und Tod ein.

Obductionsbefund: Gesicht cyanotisch. Brust und Bauch von linsen- bis erbsengrossen, lividen Flecken besetzt. Die Epiglottis stark ödematös, die Schleimhaut intensiv geröthet, über dem rechten Stimmbande ein linsengrosses Geschwür mit scharf ausgeschnittenen Rändern und speckigem Grunde. Unterhalb der Stimmbänder zwei längliche, erbsengrosse Geschwüre mit aufgeworfenen callösen Rändern, welche bis auf den Knorpel dringen. Die Schleimhaut im Verlaufe der ganzen Trachea bis tief in die Bronchien scharlachroth und aufgelockert. Der untere Lappen der rechten Lunge roth hepatisirt. Beim Drucke entleert sich aus den betreffenden Bronchien eine eitrige Masse. Bronchialdrüsen hyperplastisch und stark pigmentirt. — Herz gross, mit bedeutenden Fettablagerungen an beiden Vorhöfen. Endocardium imbibirt. Leber inselförmig fettig degenerirt. Milz ver-

Digitized by Google

grössert und hyperämisch. Venöse Stase in den Hirnhäuten, im Hirn und der rechten Niere.

Epikrise. Dieser Fall konnte Anlass zur Verwechslung mit Masern geben, weil das Exanthem von Vorläufern begleitet war, welche den Masern zukommen durften. Da jedoch einige Symptome der Masern, fleckige Röthe der Rachenschleimhaut und beträchtliche Temperatursteigerung fehlten, die Antecedentien aber für Syphilis sprachen, musste das Exanthem als ein der constit. Syph. gehöriges diagnosticirt werden. Das Glottisödem, welches zur Tracheotomie drängte, war durch die unterhalb der Stimmbänder gelegenen Geschwüre bedingt. Dass die Operation nur eine vorübergehende Erleichterung brachte, war in der Entzündung des einen Lungenlappens und dem rasch hinzugetretenen Oedeme begründet. Emanuel Kohn.

333. Ein Fall von Syphilis cerebralis. Von Dr. Mercier. (Arch. gén. de méd. Mai 1876. Ref. des Giorn. ital. d. mal ven. e d. pel. Juni-Heft 1876.)

Ein 33 J. alter, robuster Fuhrmann ward im bewusstlosen Zustande im Hotel-Dieu aufgenommen. Gesicht ausdruckslos. Augen starr. Respiration 28, etwas ungleich. Puls 62, langsam, regelmässig, ziemlich voll. Unterleib gegen Druck nicht empfindlich, weich. Stertoröses Rasseln in Folge von Verstopfung der Nase deckt die Athemgeräusche. Stuhl- und Harnentleerung erfolgen unfreiwillig. Die sparsamen Stuhlentleerungen sind diarrhoisch, der sparsame Urin ist normal. Nur schwer wird der Kranke aus seinem Coma erweckt, scheint antworten zu wollen, aber nicht zu können. Er streckt mit Mühe die Zunge hervor und knirscht mit den Zähnen. Die Pupillen sind erweitert, ungleich, reagiren schwach. Von Zeit zu Zeit wirft er Schleimmassen aus, löffelweise beigebrachte Suppe regurgitirt zum grossen Theile durch die Choanen. Lähmungserscheinungen sind nicht vorhanden. Die Empfindung gegen Schmerz ist normal. Das Tastgefühl und die Temperaturempfindung sind etwas vermindert. An den Nates sind 2 kleine, von rothen Höfen umgebene Narben. Keine Delirien, keine Krämpfe und Contracturen.

Von dem Weibe des Kranken erfuhr man folgende anamnestische Daten: Bis 7 Wochen vor der Aufnahme in das Spital war er immer gesund gewesen, er hatte ein gesundes Kind. Aber um diese Zeit wurde das Gesicht schwach, er litt öfter an Betäubungen und war häufig unfähig, sich lange auf den Beinen zu erhalten. Er klagte über dumpfen ununterbrochenen Schmerz in der Stirne, im Niveau des Augenhöhlenrandes. Diese Symptome verschlimmerten sich; der Kranke wurde schweigsam, träumerisch. Das Vermögen zu schlucken nahm so weit ab, dass er zuletzt nichts hinunterbrachte als einen Bissen erweichtes Brod, Flüssigkeiten regurgitirten durch die Nase. Immer klagte er über Schwere im Kopfe. Obstipation, Fieber trat ein. Das Bewusstsein verlor er jedoch nie. Er kam als Ambulant in's Spital, erhielt ein Purgativ; da aber die Erscheinungen zunahmen, wurde er im Hotel-Dieu aufgenommen. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab Atrophie beider Pupillen. 2 oder 3 Tage später fand man ihn bewegungslos im Bette liegen, Schaum vor dem Munde. Er bekam ein Vesicatoir im Nacken. 2 Tage nach der Aufnahme fand man an seinen Beinen grosse, abgerundete lineare, oberflächliche, mit kleinen Krusten bedeckte, violette, für Syphilis charakteristische Geschwüre, Drüsenschwellungen in inguine und am Halse. Er erhielt 0·1 Calomel pro die. — An diesem Tage hatte er 2 epileptiforme Anfälle mit Schaum vor dem Munde und erbrach schleimige Massen. Man machte die Diagnose auf ein Neoplasma cerebrale syphiliticum und gab zu dem Calomel noch 4·0 Jodkali. 2 Tage später war der Kranke aus seinem Coma leichter zu erwecken und gab einige Antworten. Die Geschwüre waren roth und neigten zur Vernarbung. Tags

Digitized by Google

darauf fing er an im Zusammenhange zu denken, das Gedächtniss kehrte wieder, das Vermögen zu sehen nicht, die Pupillen blieben noch immer dilatirt. Den Tag darnach hielt die Besserung an, er verlangte zu essen und sich zu waschen. Die Geschwüre waren geheilt. Ueber seine Antecedenien befragt, erzählte er, dass er vor 3 Jahren ein Geschwür am Penis hatte, dann Roseola, Papeln am Gaumen, Munde und After, osteokopische Schmerzen. Durch 6 Monate hatte er starke Dosen Quecksilber und Jodkali genommen. 2 Tage später war das Allgemeinbefinden vollkommen befriedigend; die Pupillen von normaler Weite. Er ass, klagte über Schmerz in der Augenhöhle und erkannte die Personen, die mit ihm sprachen, nur an der Stimme. Nach weiteren 2 Tagen konnte er ohne Schwindel und Betäubung gehen und hielt den Urin. Anstatt des Calomel erhielt er Syrupus de Gibert täglich 1 Löffel (ein Jodquecksilberpräparat). Wiederum nach 3 Tagen hatte er schon qualitative Lichtempfindung, seine Sprache jedoch war langsam und unterbrochen, sein Gang eigenthümlich automatisch. Nach einer Woche konnte er allein gehen. 3 Tage später konnte er Farben unterscheiden. 4 Tage später konnte er Worte lesen, aber die Runzeln, Erhabenheiten und Falten seiner Haut sah er nicht. Dabei besserte sich sein Allgemeinbefinden zusehends. Er wurde nun angewiesen, zu den 4·0 Jodkali täglich 2 Esslöffel des Syr. de Gibert zu nehmen und verliess das Spital. Emanuel Kohn.

Staatsarzneikunde, Hygiene.

334. Die forensisch wichtigsten Leichenerscheinungen. Von Prof. E. Hofmann. Bd. 25, Heft 2 (1876), pag. 229 der Vierteljahrsschr. f. ger. Medicin und öffentl. Sanitätswesen, von Eulenburg.

Der Verfasser erörtert in Kürze all' jene Erscheinungen, welche vom Momente des Sistirens der ohneweiters wahrnehmbaren Lebensfunctionen der Reihenfolge nach bis zum Auftreten der ausgesprochensten Leichensymptome zur Beobachtung kommen. Als Knotenpunkte, um welche die übrigen sich gleichsam gruppiren, führt er an:

1. Das dauernde Sistiren der Herz- und Respirationsbewegung,
2. das Absinken der Körpertemperatur,
3. das Auftreten der Todtenflecke und
4. die Todtenstarre.

Mit dem Aufhören der Herz- und Respirationsbewegung sistiren nur die äusserlich wahrnehmbaren, auch den Laien bekannten Lebensäusserungen, denn die Erregbarkeit der Musculatur, die Flimmerbewegung und die reducirende Kraft der Gewebe bleibt noch bis mehrere Stunden später erhalten.

Das Abkühlen der Leiche hängt von Umständen ab, die zu erwägen sind, wenn man nach der an der Leiche vorfindigen Temperatur die Zeit, welche seit dem eingetretenen Tode verflossen ist, schätzen soll. Besonders beachtenswerth sind:

a) Die Todesart wegen der eventuell dagewesenen prä- oder postmortalen Temperatursteigerung; oder wegen der schon in vivo eingetretenen Temperaturverminderung;

Digitized by Google

b) der Ernährungszustand der Leiche (ihr Volumen);
c) die Temperatur und Qualität des umgebenden Mediums und
d) der Umstand, ob die Leiche bekleidet war und womit?

Mit dem Sistiren der Herzaction, der Respirationsbewegung und dem allmäligen Abkühlen der Leiche tritt auch ein weiteres Leichensymptom in die Erscheinung — das Erblassen der Haut an den höher liegenden und das dunkler Verfärbtwerden an den tiefer liegenden Partien der Leiche.

Diese Erscheinungen, obzwar sie schon in Agone beginnen, kommen erst dann recht auffällig zur Wahrnehmung, wenn die Schwere des Blutes sich vollends geltend machen kann. Dem entsprechend findet man dann die höher gelegenen Partien stets blass, während die tiefer liegenden immer von Senkungshyperämien — Leichenhypostasen — mehr weniger verfärbt sind.

In der grössten Anzahl der Fälle werden sich an der Rückfläche der Leiche die Hypostasen am deutlichsten finden, weil ja die Rückenlage der Leichen die gewöhnliche ist; in Ausnahmsfällen — bei anderen Stellungen findet man die Hypostasen an anderen Theilen der Körperoberfläche ausgebildet. — So bei Erhenkten.

An entweder in Folge der Lage des Leichnams, oder durch festanliegende Kleidungsstücke gedrückten Stellen bleiben Hypostasen ganz aus.

Die Farbe der Todtenflecke hängt von der Farbe des Blutes ab; in der grössten Anzahl gilt die kirschrothe Farbe als jene, welche dem Leichenblute zukommt; doch findet sich die hellrothe — besonders bei CO-Vergiftungen — und die tintenschwarze bei SH-Vergiftungen.

Die Schnelligkeit des Auftretens der Senkungserscheinungen und Todtenflecke hängt ab:

a) von der Beschaffenheit und der Quantität des Blutes, welches sich in der Leiche findet, und
b) von der Todesart.

Dem entsprechend fehlen die Todtenflecke fast vollständig bei exquisiten Fällen von Verblutung und bei Todesarte, die als Folgen grosser und rascher Säfteverluste eintreten — Cholera. — In solchen Leichen bildet das Blut eine theerartig dickflüssige Masse und kann der Schwere nur ungenügend folgen.

Nie vergesse man, dass auch an den inneren Organen die tiefer liegenden blutreicher, stärker imbibirt, mehr durchfeuchtet erscheinen werden als die oberflächlichen.

Andere zu den Leichenerscheinungen zählende Befunde sind die Vertrocknungen an jenen Stellen der Haut, die von der Epidermis entblösst wurden; sie finden sich insbesondere dort, wo eventuell frottirt wurde; bei Kindern ausserdem noch überall dort, wo die Haut in vivo fratt war.

Digitized by Google

Die eintretende Todtenstarre und die mit ihr wahrscheinlich erfolgende Verkürzung der Muskeln erzeugt in vielen Fällen Locomotionen. Am Unterkiefer ist diese Erscheinung am häufigsten beobachtet, gewiss aber auch an den übrigen Körpertheilen je nach deren grösserer oder geringerer Beweglichkeit wahrnehmbar.

In verschiedener Weise wurde schon versucht, die Todtenstarre und die durch ihr Eintreten und während ihrer Dauer fixirten Befunde — so das Festhalten von Waffen — für forensische Schlüsse zu verwerthen, allein die Bedingungen für das Zutreffen dieses oder jenes Erfolges sind noch so wenig gekannt, dass gerade diejenigen, welche eine während der Todtenstarre eintretende Verkürzung einzelner Muskeln, insbesondere das Beugen der Finger zugeben, leugnen, dass ein Festhalten der Waffe auch durch nachträgliches Einlegen derselben in die Hand bewerkstelligt werden kann, weshalb sie einen solchen Befund für ein vortreffliches Zeichen des Selbstmordes erklären.

H. hat diesbezügliche Versuche gemacht, aus deren Resultaten hervorgeht, dass die Locomotionen hervorgebracht werden:

1. durch das Zusammensinken des Leichnams in sich, durch die eigene Schwere, und
2. durch wirkliche Verkürzung der Muskulatur in Folge der Todtenstarre.

Dass wirklich eine Verkürzung, also Muskelcontraction vorliege, hat H. dadurch sichergestellt, dass er beobachtete, dass bei mageren — minder muskulösen — Thieren die Excursion eine geringere war, und dass die Locomotion ceteris paribus eine grössere Curve beschrieb, wenn er die Antagonisten durchschnitt und so der zu prüfenden Muskelgruppe einzig die Fähigkeit, irgend eine dem Leichnam gegebene Stellung zu modificiren, sicherte.

Beim Menschen scheint die Verkürzung der Muskeln nicht so bedeutend zu sein, mindestens nach den Beobachtungen und Versuchen Casper-Liman's, Taylor's und H.s zu schliessen. Sie stimmen Alle dahin überein, dass Gegenstände, welche dem Leichnam in die Finger gegeben werden, stets nur lose zwischen denselben liegen, während in vivo bereits gefasste und darüber hinaus in den Fingern gebliebene, in cadavere fester, in einzelnen Fällen auch so fest gehalten werden, dass sie nur mit Mühe aus denselben entfernt werden können.

Die Gänsehaut, eine Erscheinung, welche an Leichen sehr häufig zur Beobachtung kommt und für den Ertrinkungstod als charakteristisch galt, wird von Einigen mit der Contraction der in der Haut vorfindlichen contractilen Elemente in Verbindung gebracht, während Andere annehmen, dass durch Verdunstung die zwischen je zwei Haarbälgen oder Drüsenmündungen liegende Hautpartie einsinke und so die das Haar oder die Drüsenmündung tragende Stelle hervorrage; von wieder Anderen wird sie als Erscheinung beginnender Leichenstarre aufgefasst und sogar an

Digitized by Google

die Möglichkeit einer Veränderung der Form und Richtung vorhandener Wunden durch sie gedacht. H. hält sie für Persistenz eines noch in vivo — in Agone oder im Momente des Todes — zu Stande gekommenen Befundes, ähnlich wie gewisse Befunde an der Magenschleimhaut, dem Herzen und anderen Intestinis.

Das Eintreten der Leichenstarre erfolgt durchschnittlich bei Kindern in den ersten Lebenswochen früher als bei Erwachsenen; bei den letzteren variirt die Raschheit des Eintretens der Todtenstarre und ihre Dauer nach verschiedenen Umständen. Bei kräftigen Individuen dauert sie länger als bei marastischen, abgemagerten oder an einer putriden Krankheit verstorbenen; in gleicher Weise ist auch die Todesart von Einfluss. So wurde von einigen Forschern bei gewissen Todesarten ein auffallend früher Eintritt der Todtenstarre beobachtet, besonders bei Verletzungen des Rückenmarkes, Insolation, Blitzschlag, Kohlendunst- und Vergiftung mit gewissen Säuren; allein diese Beobachtungen sind bislang noch nicht genügend festgestellt.

Mit zur Frage über die Todtenstarre gehört auch das Erhaltenbleiben gewisser während des Lebens angenommener willkürlicher Stellungen (Rossbach's Beobachtungen im deutsch-französischen Kriege, Virchow's Archiv, 51. Bd.) und das Festhalten von Selbstmordwerkzeugen, sowie das Erhaltenbleiben des Gesichtsausdruckes.

Beobachtungen ähnlicher Art theilt H. mit, in denen Leichen mit gewissen scheinbar auffälligen Stellungen gefunden wurden. Bei einigen derselben ergab sich aber durch Nachfrage, dass die vorgefundenen Stellungen der vor dem Tode eingenommenen willkürlichen Lage entsprachen und also nichts Auffälliges an sich hatten.

Der Eintritt der Todtenstarre erfolgt meist in der Weise, dass sie zuerst im Nacken beginnt, auf den Unterkiefer, auf die Muskulatur des Stammes und erst dann auf jene der Extremitäten übergeht.

Hier gibt der Verfasser eine Reihe von Tabellen, welche im Original nachgesehen werden wollen.

Die Dauer der Todtenstarre variirt durchschnittlich in einem Zwischenraum von 40—80 Stunden. Sie verschwindet allmälig und fast in derselben Reihenfolge wie sie kam, nur in manchen Fällen hält sie beim Verschwinden eine andere Reihenfolge und dürften da wohl Ernährungszustände die Ursache dafür abgeben.

Eine präcise Erklärung ist noch nicht möglich. — Wie ihr Verschwinden, unterliegt auch ihre Intensität verschiedenen Variationen; so ist sicher, dass sie an marastischen oder schlecht genährten Leichen kürzer dauert, als an kräftigen gut genährten; an diesen aber soll sie doch noch kürzer währen, als an Leichen von mit Strychnin Vergifteten.

Die Lösung der Todtenstarre wechselt in gleicher Weise und wird besonders beeinflusst durch niedere Temperatur; andere hier in Betracht kommende Factoren wurden von verschiedenen Beobachtern namhaft ge-

Digitized by Google

macht, doch sind die Beobachtungen noch zu wenig zahlreich. Die Angaben, dahin gehend, dass die Todtenstarre an den Leichen Ertrunkener langsamer schwinde als an anderen, konnte H. nicht bestätigt finden; dagegen überzeugte er sich wiederholt von der Richtigkeit der Mittheilung Casper-Liman's, dass der Beginn der Fäulniss das Vorhandensein der Todtenstarre nicht ausschliesse. Schlemmer.

335. Ueber Lüftung und Heizung von Eisenbahnwagen. Von Carl Lang und Dr. Gustav Wolffhügel. (Zeitschrift für Biologie 1876. 12. Band, 4. Heft.)

Eine Commission des bairischen Kriegsministeriums forderte von Dr. Wolffhügel ein Gutachten über die Ventilation und Heizung von Sanitätszügen.

Bei den Untersuchungen, die der Genannte in Verbindung mit Carl Lang, Assistenten der Physik am Polytechnicum in München, anstellte, handelte es sich zunächst um die Feststellung des Ventilationsbedarfes, da die Principien des Luftwechsels in Wohngebäuden nicht ohneweiters auf Eisenbahnwagen übertragbar sind. Während nach Pettenkofer eine Zimmerluft für gut zu erklären ist, die keinen höheren Gehalt an Kohlensäure hat, als 0·7 per Mille, und andererseits für schlecht, sobald die Kohlensäure 1·0 per Mille überschreitet, ergaben angestellte Probefahrten für Eisenbahnwagen ein ganz anderes Verhältniss. Es wurde nämlich der Eindruck der Wagenluft noch dann als gut bezeichnet, wenn die Luftkohlensäure das obige Mass der Zulässigkeit überschritten hatte, und zwar wurden die betreffenden Grenzwerthe mit 1·0 und 1·5 per Mille ermittelt; die Verfasser erklären dies aus dem Umstande, dass der rasche Luftwechsel zu Zersetzungsvorgängen keine Zeit lasse, aber gerade die Zersetzung der Ausathmungsproducte sei es, welche den widerlichen Eindruck mache und sanitäre Bedenken errege. Die Anhäufung frischer Ausdünstungsstoffe ist weniger zu fürchten.

In Folge der gemachten Erfahrung setzen die Autoren den Ventilationsbedarf für Eisenbahnwagen herab. Für Wohnräume berechnet man den Luftbedarf per Kopf und Stunde, indem man ausser den Grenzwerthen für die zulässige Menge der Luftkohlensäure noch die Kohlensäureausscheidung eines Erwachsenen bei mittlerer Kost und Ruhe (per Minute 22·6 Liter), und den Kohlensäuregehalt der einströmenden Luft in eine von Schultze und Märker angegebene Formel einsetzt. Er berechnet sich je nach den Grenzwerthen mit 45·2 und 11·3 Kubikmeter. Dabei wird die einströmende Luft als ein Gemenge von Luft aus dem Freien und angrenzenden Wohnräumen betrachtet und ihre Kohlensäuremenge mit 0·5 in 1000 Theilen angenommen. In Bahnwagen dagegen tritt blos Luft aus dem Freien ein, in welcher die Kohlensäure zu 0·4 per Mille enthalten ist und die Grenzwerthe für die ausgeathmete Kohlensäure sind nicht mehr 0·7 und 1·0, sondern 1·0 und 1·5. Daraus berechnet sich

Digitized by Google

vermittelst der Schultze-Märker'schen Formel ein Ventilationsbedarf von 38 Kubikmetern und im äussersten Falle von 21 Kubikmetern pro Kopf und Stunde. Nachdem nun dieses Ergebniss festgestellt war, bestand die nächste Aufgabe darin, den Effect der freiwilligen Ventilation kennen zu lernen, also zu ermitteln, in wie weit der Luftwechsel aus den zufälligen Oeffnungen eines Eisenbahnwagens dem Ventilationsbedürfnisse zu genügen vermag. Entgegen den Versuchen, die 1876 in Wien im Auftrage des österreichischen Kriegsministeriums in dieser Richtung gemacht wurden, kamen die Verfasser bei ihren Probefahrten zu dem Resultate, dass die Leistungsgrösse der natürlichen Ventilation eine ungenügende ist und noch weit hinter jener zurückbleibt, die also nur im Nothfalle zulässig bezeichnet wurde. Man muss also nach geeigneten Einrichtungen zur Steigerung des Luftwechsels suchen und solcher Apparate stellen Wolffhügel und Lang 34 zusammen, von denen einige typische einer genaueren Untersuchung unterzogen worden sind. Es sind dies: die Luftschieber (Jalousien), Wolpert's Rauch- und Luftsauger, der Windpresser und das combinirte Ventilationssystem von R. Schmidt und die Dachreiter- oder Dachfirstventilation. Die Luftschieber sind kleine Oeffnungen über den Fenstern, welche durch einen hölzernen Schieber theilweise oder ganz abgeschlossen werden können. Der länglich rechteckige Ausschnitt, in welchen diese Schiebervorrichtung eingepasst ist, trägt nach aussen zum Schutze vor Regen und Staub einige horizontal übereinander liegende, aussen nach abwärts geneigte Register (Jalousien). Nach den Erfahrungen der Verfasser liefern 2 Luftschieber per Coupé im günstigsten Falle 22·1 Cubikmeter per Stunde. Da nun eine Person mindestens 21 Cubikmeter bedarf und das Coupé mit 8 Personen zu besetzen ist, so ergibt sich, dass die Luftschieber nicht genügen. Ueberdies klagen die Passagiere beim Oeffnen dieser Apparate über Zugluft.

Der zweite geprüfte Apparat, Wolpert's Rauch- und Luftsauger, besteht aus einer Abzugsröhre mit horizontaler Mündung, an welche, gleichsam als Umstülpung des oberen Randes, ein sich nach abwärts erweiternder Schirm angelöthet ist. Er dient dazu, den Wind mit grösserer Fläche aufzufangen und zum Saugen nutzbar zu machen. Zum Schutze vor Regen und conträren Windstössen besitzt der Apparat eine Deckplatte und endlich ist zwischen beide Bestandtheile ein Mantel als „Saugkessel" eingeschaltet. Die Construction des Wolpertsaugers beruht auf Ausnützung der Kraft des Windes. Es wird aber für die Leistung des Apparates aequivalent sein, ob der Wind gegen den stehenden Wagen mit 6 Meter Geschwindigkeit herankommt, oder ob bei Windstille der Wagen mit 6 Meter Geschwindigkeit fährt, und es ist die treibende Kraft eigentlich die Resultirende aus der Bewegung der äusseren Luft und des Wagens. Da nun Windstärke und Fahrgeschwindigkeit wechseln und auch die Windrichtung von Einfluss ist, so ist der Motor ein unbeständiger und es wird zeitweise der Apparat zur Verbesserung der Luft wenig

Digitized by Google

oder nichts beitragen. Anders fällt jedoch das Urtheil über den Wolpertsauger aus, wenn man nicht den absoluten, sondern den relativen Nutzeffect erwägt. Bei den günstigen Ventilationsbedingungen fahrender Eisenbahnwagen (Temperaturdifferenz zwischen Luft und Wagen und Geschwindigkeit der Luftbewegung) sind schon einfache Ventilationsöffnungen für den Luftwechsel genügend, der Wolpertsauger steigert aber diesen Effect wie W. und L. durch Versuche constatirt haben; er leistet um 29 Percent mehr als ein gleich weites, einfaches Loch in der Decke. Da er ausserdem das Eindringen von Staub, Asche, Funken und Regen verhindert, keine Zugluft bewirkt, billig zu beschaffen, dauerhaft und leicht auf jeden Wagen zu setzen ist, endlich weil der Betrieb einer solchen Ventilation keine Kosten verursacht, empfehlen ihn die Verfasser sowohl für gewöhnliche Personen- als für Lazarethwagen. Bei den letzteren wird die Versehung jedes Coupé mit 2 Wolpertsaugern für ausreichend gehalten; bei den ersteren, deren Insassen öfter aussteigen und mehr von Fenstern und Luftschiebern Gebrauch machen, wird schon ein Wolpertsauger von grösserem Durchmesser genügen. Verkürzung der Abzugsröhre des Apparates setzt den Ventilationseffect herab.

Was nun den Windpresser von Schmidt betrifft, einen aus einem Systeme von Blechtrichtern bestehenden Pulsionsapparat, an welchem unten ein angeschraubter Hohlkegel das seitliche Austreten der Luft (statt directem Austreten nach unten) bewirkt, so halten W. und L. nicht nur dessen Ventilationseffect für geringer als der Erfinder verspricht, sie tadeln auch, dass durch die Ventilationsöffnungen Regen, Russ und Funken in den Wagen gelangen. Auch über das combinirte System von R. Schmidt, bei welchem 4 Wolpertsauger, ein Windpresser und ein Meidinger Mantelofen in gemeinsamer Wirkung verwerthet werden, äussern sich die Verfasser nicht günstig. Der Ventilationswerth des Ofens sei ein sehr geringer, der Windpresser ist bereits oben gewürdigt worden und die Leistungsfähigkeit des ganzen Systems wird als zu hoch gegriffen bezeichnet. Wenigstens seien die Werthangaben darüber, bis weitere Untersuchungen vorliegen, dahin zu reduciren, dass „das Ventilationssystem von R. Schmidt dem normirten niedersten Ventilationsbedarf von 21 Cubikmetern per Kopf und Stunde unter einigermassen günstigen äusseren Bedingungen genügen wird, weil ja für Ventilationsöffnungen in ausreichendem Masse Sorge getragen ist". — Die Untersuchungen über die Dachreiterventilation ergeben eine von dem Verhältnisse der Wind- und Zugsrichtung abhängige Wirksamkeit. Bei ungünstiger Gestaltung dieses Verhältnisses erweist sich, so lange nicht Abhilfe getroffen wird, die kostspielige Einrichtung illusorisch.

Vorderhand könne die Dachfirstventilation als günstiger Vorversuch gelten, für die gleichzeitige Vornahme der Wagenconstruction und der Ventilationsanlage.

Bezüglich der Einrichtungen zur Heizung mit Abkühlung der Luft

Digitized by Google

in den Eisenbahnwagen kommen die Verfasser zu folgenden Resultaten: Sieht man von dem zu theueren Doppeldache Derschau's mit isolirender Luftschichte und von der noch nicht praktisch erprobten Befeuchtung eines über der Decke angebrachten Filzes ab, so bleiben zur Abkühlung nur die Ventilationsvorrichtungen übrig. Zur Heizung empfiehlt sich vom sanitären Standpunkte am meisten jene mit Dampf. Beim Verwundetentransporte lässt sich die Ofenheizung nicht ganz entbehren, weil das fahrende Lazareth zumeist aus Wagen ohne Heizeinrichtung, aus Güterwagen improvisirt werden muss. Der Ofen ist aber mit 2 Mänteln und einer guten Regulirvorrichtung zu versehen. Popper.

336. Einige Verhältnisse der Kindersterblichkeit der Prager Findelanstalt in der ersten Jahreshälfte 1876 und in der Zeit der grössten Sommerhitze. Von Prof. G. Ritter. (Oesterr. Jahrb. f. Päd. 2. Bd. 1876.)

Es ist ja bekannt, dass an vielen Orten und von vielen verlässlichen Autoren die Sommerhitze als ein sehr wesentlicher Factor erklärt wird, der die Mortalität der Kinder im 1. Lebensjahre namentlich dadurch sehr ungünstig beeinflusst, dass er das Entstehen und den ungünstigen Verlauf von Darmkatarrhen, namentlich der acuten Magen-Darmkatarrhe befördert. Es ist also von grossem Interesse, aus der Darlegung Ritter's zu entnehmen, dass die Sommerhitze durchaus nicht erhöhend auf die Mortalität oder Morbilität an den genannten Krankheiten im Prager Findelhause einwirkt.

Prof. Ritter zeigt zunächst, dass man keinen beachtenswerthen Fehler begeht, wenn man die Durchschnittsmortalität im Prager Findelhause schlechtweg an die Stelle derjenigen für das 1. Lebensjahr, ja selbst derjenigen des 1. Quartals setzt.

Die Zahl der Kinder bis zu 3 Monaten ist eben so überwiegend, dass sie mehr als $^9/_{10}$ der ganzen Standesbewegung ausmacht. Die Mortalitätsprocente der Prager Findelanstalt seit dem Jahre 1865 ergeben klar, mit Ausnahme zweier abnormer Jahre, dass im ersten Halbjahre regelmässig eine höhere Mortalität war als im zweiten Halbjahre, dass die Maxima auf die Monate Februar und März, die Minima in die Zeit zwischen Juli und September fallen und dass speciell im Jahre 1876 die Maxima der Wochenmortalität durchaus nicht mit den Maximis der Lufttemperaturen zusammenfielen

Ebenso stellte sich heraus, dass im Jahre 1876 von je 100 Verpflegten 11·32 an Entorokatarrh und Gastro-Enteritis acuta starben und bei je 100 Gestorbenen 18·27 diese Todesursache aufwiesen, im Juli betrugen die entsprechenden Zahlen 9·25 und 22·26, im August 8·24 und 7·40.

Es kann also auch an anderen Orten die Hitze nur im Vereine oder durch ihren Einfluss auf andere Schädlichkeiten die Kindersterblich-

Digitized by Google

keit erhöhen, wahrscheinlich ist es die Fehlerhaftigkeit in der Qualität und Quantität der Säuglingsernährung, welche eben in der Findelanstalt eine ausgezeichnete ist.

Es stimmt übrigens Ritter's Statistik vollständig mit dem klinischen Erfahrungssatze überein, dass die Sommerhitze bei ausschliesslich natürlich ernährten Säuglingen viel seltener Krankheiten des Verdauungscanales bedingt und dass bei ihnen auch die Erkrankungen perniciös verlaufen. (Ref.) Eisenschitz.

337. Die künftige Wasserversorgung der Stadt Prag. Von Dr. M. Popper. Referat an den deutschen Verein der Aerzte in Prag. Nr. 52 der Prager med. Wochenschr. 1876.

Prag ist nach dem Verfasser der Wasserversorgung sehr bedürftig, weil seine Brunnen durchwegs ein schlechtes, von Canaljauche verunreinigtes Wasser führen. Nach den Analysen des Verf. beträgt der Gehalt an Nitraten von 100 Brunnen bei:

20	Percent	0·0—0·1	Gramm,
27	„	0·1—0·2	„
20	„	0·2—0·3	„
33	„	über 0·3	„

Mehrere für ihr angeblich gutes Wasser bei der Bevölkerung bekannte Brunnen mussten wegen des Gehaltes ihres Wassers an Chloriden und Nitraten geschlossen werden.

Das Koch- und Nutzwasser wird einfach aus der Moldau geschöpft und ist deshalb womöglich noch schlechter; denn erstens ist der Fluss bei Prag durch Wehren in Teiche verwandelt und zweitens fliessen alle Betriebs-, Wirthschafts- und andere Abfälle, sowie die Cloaken in denselben.

Das Koch- und Nutzwasser ist aus diesen Gründen nicht minder ungesund als das Trinkwasser.

Der Stadtrath von Prag hat sich für die Anlage einer Wasserleitung entschieden und handelt es sich nach dem Verfasser jetzt vor Allem, die Frage zu entscheiden, ob Quell-, Grund- oder Flusswasser.

Der Verfasser plaidirt für das Erste, weil dies, wenn auch aus der Ferne und mit grösserem Kostenaufwande zu beschaffen, entschieden das vom ärztlichen Standpunkt entsprechendste ist.

Mit einigen Worten gedenkt er dann auch der Ausführbarkeit der Anlage einer Wasserleitung, welche Prag mit einer genügenden Menge reinen Grundwassers versorgen würde — das Nähere hat nur für mit den topograph. Verhältnissen Prag's Vertraute Interesse — und erörtert dann die dritte Möglichkeit, die Anlage einer Flusswasserleitung.

Gegen diese wendet sich der Verfasser, weil das aus ihr zu erhaltende Wasser weder rein, noch in genügender Menge, noch auch in allen Quartieren sämmtlicher Stadttheile und Vororte zu haben wäre und

Digitized by Google

also das Project schon im Voraus als ein den Verhältnissen nicht entsprechendes gar nicht annehmbar ist.

Zum Belege für seine Ausführungen erwähnt der Verfasser, dass nach den Projecten

1. das Wasser an einem Orte gepumpt werden soll, wo es nicht mehr rein ist, und dass es in
2. 6 Klärteiche abgelassen werden würde, von denen nur 3 überwölbt wären, dass es also jedenfalls zeitweise mit Organismen verunreinigt sein würde; dass
3. durchschnittlich circa nur 80 Liter per Kopf und Tag entfallen würden, wogegen doch 150 Liter die beiläufig erforderliche Menge sei.

Dem Referat des Verfassers schliesst sich der Verein einstimmig an und beschliesst die Drucklegung und Verbreitung desselben.

Schlemmer.

338. Report of the Board of Health, of the City and Port of Philadelphia 1876.

Der vorliegende Jahresbericht des Gesundheitsamtes von Philadelphia ist ein erfreulicher Beweis von der wissenschaftlichen Thätigkeit und den praktischen Leistungen der Sanitätsbehörde dieser Stadt und stellt sich jenen von New-York und St. Louis würdig zur Seite.

Der „Board of Health" von Philadelphia besteht aus 12 Mitgliedern, worunter 3 Aerzte. Er theilt sich behufs der Arbeit in 7 ständige Ausschüsse und zwar in das „Sanitary Comittee" für Abstellung von Gesundheitsschädlichkeiten, das Lazareth-Comité, den Poudrette-Ausschuss, das Rechnungs-Comité, den Kanzlei- und Bibliotheks-Ausschuss, das statistische und das Strassenreinigungs-Comité. In die Stadtinspection theilen sich 4 Districts-Comités. Als Beamte fungiren: 1 „Health-Officier", 1 Hafenarzt, 1 Lazareth-Arzt, 1 Quarantaine-Meister, 1 erster Secretär mit 3 Gehilfen, 1 Statistiker mit 4 Hilfsarbeiter, 1 Arzt für das Stadtspital, 2 Ingenieure, 1 Oberinspector, 12 Inspectoren und 2 Nachtinspectoren und mehrere Diener. Die Impfung besorgen eigene Districts-Impfärzte, deren es 18 gibt.

Der Bericht beginnt mit einer kurzen Uebersicht über den Gesundheitszustand von Philadelphia während des Jahres 1875 und constatirt eine Zunahme der Sterblichkeit, hauptsächlich in Folge epidemischer Krankheiten, insbesondere Scharlach und Diphtheritis. Die Sterblichkeit, welche nur 22 von 1000 Einwohnern betrug, wird im Verhältniss zu den Vorjahren als ungünstig bezeichnet.

Die wichtigste Thätigkeit des Gesundheitsamtes bestand in dem Aufsuchen und Abstellen von diversen Schädlichkeiten und es findet diese Thätigkeit in 5705 Fällen von amtlichem Einschreiten ihren ziffermässigen Ausdruck. Als Missstände, die erst nach Amendirung der Gesetze

Digitized by Google

zu beseitigen sind, zählt das Gesundheitsamt das Vorkommen von Fettschmelzereien, Seifensiedereien, Schlächtereien, Galvanisirwerken, Kalkbrennereien auf, überhaupt Gewerbebetriebe mit schädlichen oder lästigen Abgängen, die in volkreichen Bezirken nicht geduldet werden sollen. Ebenso besteht eine Lücke in der Gesetzgebung bezüglich der Herstellungspflicht der Bahngesellschaften, da wo durch den Bahnbetrieb Beschädigungen der Strassen verursacht worden sind. Das Pflaster der letzteren wird gegenwärtig in Philadelphia mittelst Granitwürfeln hergestellt.

Als wichtige Neuerung führt der Bericht die Beseitigung des alten Kübel- und Karrensystems zur Entfernung der Excremente und die Entleerung mittelst Luftdruck an. Der Bau eines Viehhofes und Schlachthauses westlich vom Schuylkillflusse war mit Jahresende so weit gediehen, dass die demnächstige Eröffnung in Aussicht stand.

Diese Etablissements, deren näherer Beschreibung ein besonderes Capitel gewidmet ist, sind das Vollkommenste dieser Art in den ganzen Vereinigten Staaten. Von sonstigen in Angriff genommenen oder in Aussicht stehenden Einrichtungen ist der Anbau einer Desinfectionsanstalt an das Stadtspital zu erwähnen, welches letztere, wie es scheint, blos für Patienten mit Infectionskrankheiten bestimmt ist. 1875 wurden daselbst 86 Kranke verpflegt, worunter 48 mit Variola. Bei dieser Gelegenheit mag erwähnt werden, dass von den früher erwähnten Impfärzten im Jahre 1875 in Philadelphia 9778 Individuen geimpft wurden.

Die Impfung wird in jedem Bezirke von Haus zu Haus den Bewohnern unentgeltlich angeboten; kommen Pockenfälle vor, so wird noch ausserdem ein solcher Rundgang gemacht und das Publicum von der Gefahr gewarnt.

Ein ferner zu erwähnender Bau hängt mit der Wasserversorgung von Philadelphia zusammen. Die Stadt bezieht nämlich ihr Wasser aus dem Schuylkillflusse, und dieses letztere, das früher als rein und gesund galt, wird nunmehr in Folge des Anwachsens der Bevölkerung und der Industrie verunreinigt. Hauptursache ist die Schwefelsäure aus den Abwässern der Bergwerke, in welchen Steinkohlen und Schwefelkies gewonnen werden, ferner die Abgänge der Bevölkerung und Fabriken des Stadttheiles Manayunk, welche sich in den Oberlauf des Schuylkill ergiessen. Unter den Vorschlägen zur Abhilfe wird nun als der beste, der Bau eines Sammelcanales bezeichnet, welcher neben dem Flusse verlaufend, die Abwässer des Stadttheiles Manayunk abfängt und sie erst unterhalb der Stadt in den Schuylkill leitet.

Mit Uebergehung der Capitel „Begräbnisswesen“ und „Strassenreinigung“, deren Skizzirung hier zu weit führen würde, soll noch aus dem statistischen Theile des Berichtes hier einiges in Kürze mitgetheilt werden:

1875 starben in Philadelphia 17.805 Personen, 9100 Männer, 8705 Frauen. Im Durchschnitte der Jahre 1861—1875 starben da-

Digitized by Google

selbst jährlich 15.068 Menschen oder 22 von 1000 Lebenden; 1874 blos 19 per Mille. Der Monat der grössten Sterblichkeit ist in der Regel der Juni, die geringste Mortalität pflegt in den November zu fallen. Die Kinder unter 5 Jahren betheiligten sich 1870—1875 an der Gesammtsterblichkeit mit 40 Percent, die Säuglinge oder Kinder unter einem Jahre mit 24. Hauptursache der Kindersterblichkeit ist die Cholera infantum, ihr zunächst kömmt die angeborene Schwäche. Der Zeit nach culminirt die Mortalität der Kinder im Sommer, besonders Juli, was auch von der Cholera infantum gilt. Am grössten war diese Sterblichkeit im Sommer 1872, der zugleich durch die grösste Hitze seit 14 Jahren ausgezeichnet war.

Von zymotischen Krankheiten haben die Pocken namentlich 1871 und noch stärker 1872 geherrscht; im Jahre 1875 war gegen die beiden Vorjahre eine Zunahme von Variolafällen bemerkbar, insbesondere häuften sich letztere im December.

Masern, die von 1861—1875 5 grössere Epidemien verursachten, am heftigsten aber 1866 grassirten, lieferten im Berichtsjahre blos 12 Todesfälle. Als herrschende Krankheiten des letzteren sind dagegen Scharlach und Diphtheritis zu bezeichnen. Seit 1861 hatte keine so heftige Scharlachepidemie geherrscht; sie fiel hauptsächlich in die erste Jahreshälfte, erreichte die grösste Höhe im Juli und führte zu 1072 Todesfällen, was 5·79 Percent der Gesammtmortalität entspricht.

Die Diphtheritis culminirte erst in der Zeit vom October bis zum Jahresende, sie betheiligte sich an der allgemeinen Sterblichkeit mit 7·6 Percent.

Eine ständig vorkommende, aber mässig verbreitete Krankheit scheint der Darmtyphus in Philadelphia zu sein. Im Jahre 1875 entfielen auf Typhus abdomin. circa 2 Percent der Verstorbenen.

Von den übrigen Todesursachen soll nur noch der Lungenschwindsucht gedacht werden. Im Durchschnitte der Jahre 1861—1875 betheiligte sie sich jährlich an der Gesammtmortalität mit 17 Percent.

Der lesenswerthe Bericht, dessen Inhalt hier nur kurz angedeutet werden konnte, ist 750 Seiten stark und mit vielen statistischen Beilagen ausgestattet. Popper.

339. Zur Frage: Ist schweflige Säure ein Desinfectionsmittel bei Cholera? Von Dr. Schoenleutner, Kempten. Bayr. ärztl. Intell.-Blatt Nr. 2, 1877.

Während Dr. Baierlacher (Bayr. ärztl. Int.-Blatt Nr. 38—40, 1876) seine Erfahrungen über den Werth der Schwefelräucherungen bei Cholera als Desinfectionsmittel dahin zusammenfasst, dass die Versuche nicht zu Ungunsten derselben sprechen, lässt der Bericht des k. Bezirks-Arztes Dr. Schoenleutner über den Verlauf der Cholera in dem Zuchthause Wasserburg 1873 auf 1874 einen entschieden günstigen

Digitized by Google

Schluss auf den Werth der Schwefelräucherungen ziehen, die sofort beim Beginn aufgenommen und Tag und Nacht (am Tage in den Schlafsälen, Nachts in den Arbeitssälen) anfangs mit 9—10 Grm. Schwefel pro Km., später nach Aufhören von Erkrankungen noch 14 Tage lang mit 4 bis 5 Grm. pro Km. durchgeführt wurden. Die Dämpfe blieben je 10 Stunden eingeschlossen, dann wurde 2 Stunden lang ventilirt. Keine nachtheiligen Wirkungen, dagegen Beseitigung des specifischen Hausgeruches. In den ersten 4 Tagen 7 schwere Erkrankungen mit 2 Todesfällen, nach der 3. Schwefelung nur 1 schwerer Fall und 5 Cholerinen, im Ganzen 13 Fälle.

Auch nach Baierlacher sistirten die Fälle in den Strafanstalten Laufen und Rebdorf nach den Räucherungen sehr bald; in der Cürassierkaserne in München konnte aus naheliegenden Gründen eine gleich günstige Erfahrung nicht gewonnen werden. In Wasserburg war die Cholera in zwei Sälen, welche in verschiedenen Stockwerken liegen, aufgetreten, die Räucherungen wurden im ganzen Hause, auch in den Abtritten und deren Canälen vorgenommen. Popp.

340. **Ueber die Färbung des Weines mit Fuchsin.** Revue médicale de l'Est. 15. Aug. 1876.

Auf der Versammlung der Aerzte zu Nancy zeigt Prof. Ritter mehrere verkäufliche Färbemittel, die aus Fuchsin bestehen; 2 Cub.-Cm. geben einem Liter Flüssigkeit eine sehr starke Weinfarbe. Einige dieser Mittel sind sehr arsenikhaltig, andere weniger oder auch gar nicht. Ein Mann, der sechs Tage lang mit Fuchsin gefärbten Wein genossen, zeigte zwei Tage nachher im Urin noch Arsenik. Aus 300 angestellten Analysen theilt Ritter diese fuchsinirten Weine in drei Typen, in solche, bei denen einem leichten Wein eine höhere Qualität ertheilt werden soll, in solche, bei denen sehr alkoholisirter Wein mit einem Drittheil bis zur Hälfte Wasser gemischt ist, und endlich in solche, in denen Wein einfach mit Wasser verschnitten ist. In den letzten Fällen soll das Fuchsin nur den Wasserzusatz maskiren. Nach Ritter gibt kein in der Neuzeit angegebenes Verfahren, um das Fuchsin nachzuweisen, ein sicheres Resultat, wenn von diesem Stoffe nur sehr wenig in dem Wein enthalten ist. Das sicherste ist das von Didelot angegebene.

341. **Vergiftung durch Salicylsäure.** Aus Wreschen geht der med. Central-Ztg. folgende Mittheilung zu, die nach dem Przegląd lekarski (Nr. 43, 1876) auch in dem poln. Aerzte-Verein zu Posen besprochen worden ist: Im Februar v. J. erkrankte ein Bauer an acutem Gelenkrheumatismus, der sich zuerst am linken Knöchel und Kniegelenk äusserte. Der Arzt machte ihm, um die Schmerzen zu lindern, am Kniegelenk eine Morphiuminjection von 0,01 und verordnete 6 Pulver Acid. salicyl à 0,75, stündlich ein Pulver einzunehmen. Schon nach dem ersten Pulver begann der Kranke stark zu schwitzen, der Schweiss wurde immer stärker, —

Digitized by Google

die Kräfte aber schwanden so sehr, dass die Frau das 4. Pulver zu geben sich weigerte. Nach dem 4. Pulver, welches der Kranke jedoch durchaus verlangte, trat heftiger Kopfschmerz und Erbrechen ein, welche die ganze Nacht anhielten, worauf er bewusstlos wurde und stark stöhnte. Diese Bewusstlosigkeit verliess ihn nur auf einen Augenblick, in welchem er dem anwesenden Arzte nur das Wort „Kopf" zurief. Alle Belebungsversuche waren nutzlos, der Kranke verschied 40 Stunden nach Einnahme des ersten Pulvers. — Die Leiche wurde nicht secirt. — Eine so rapid verlaufende Gehirnentzündung, die in diesem Falle eine Complication des Gelenksrhenmatismus gebildet hätte, ist hier nicht anzunehmen; — alle Symptome sprechen nur für eine Vergiftung. Die näheren Recherchen haben erwiesen, dass das Präparat der Salicylsäure ein altes war, dass diese Salicylsäure schon chemisch sich zersetzt hatte, was auch die Farbe und der Geruch verriethen. Der Rath Stricker's, man solle stets das Präparat der Salicylsäure untersuchen und nur die crystallisirte gebrauchen, findet in diesem Falle wiederum eine Bestätigung.

342. Von den Lebensaltern des Menschen. Von Dr. F. Wilbrand. (Neue Volksbibliothek, Heft 7 u. 8, 1876.)

Vor uns liegt eine für den Arzt und den Laien interessante Studie, die der Verf. auf Grund der amtlichen Nachrichten für den preussischen Staat (1849), sowie mit Zuhilfenahme vieler anderer deutscher und ausländischer Quellen bearbeitete. Die zahlreichen beigegebenen Tabellen sind sehr lehrreich und sollen hier nur wenige Stichproben aus den Resultaten derselben mitgetheilt werden. In den cultivirten Staaten Europas kommt auf 32—35 Menschen jährlich 1 Todesfall. In den Städten ist dies Verhältniss ungünstiger als auf dem Lande und zwischen den einzelnen grossen Städten, z. B. in Preussen, variirt dasselbe ganz merkwürdig; so stellt sich im Jahre 1849 1 Todesfall in Berlin auf 30·04, in Potsdam einer auf 40·76 und in Breslau einer auf 16·91 Lebende heraus. In einer und derselben Stadt liefern die einzelnen Quartiere ein sehr verschiedenes Contingent zu den Todesfällen, so kommt nach Villermé in den reichen Quartieren von Paris 1 Todesfall auf 50 Lebende, während in den armen Bezirken schon einer von 24 Lebenden stirbt. 5 Percente der Geborenen werden todt in die Welt gesetzt, von den Uebriggebliebenen sterben nach Quetelet innerhalb des 1. Monates $^1/_{10}$ und nach den Zusammenstellungen des preussischen Staates ergibt sich, dass von 100 Geborenen innerhalb des 1. Lebensjahres 25·18 gestorben sind, nach dem 1. und vor vollendetem 5. Jahre 16·31, so dass von 100 Geborenen nach 5 Jahren nur mehr 58·51 leben. In den Sommermonaten sterben mehr Menschen als in den Wintermonaten. Der Unterschied der Sterblichkeit in den verschiedenen Lebensaltern ist sehr gross, so sterben im 1. Lebensjahre 25·18 Percent, während in der Zeit nach

Digitized by Google

dem vollendeten 14. und vor dem vollendeten 20. Jahre nur 2·44 Percent starben. Sehr interessant sind die ausführlichen Daten über das Verhältniss der weiblichen zur männlichen Bevölkerung, über ihre mittlere Lebensdauer, sowie die Tabellen über die Wahrscheinlichkeit der Lebensdauer eines Menschen etc. In Rücksicht der Stände erreichen unter den sog. „gelehrten" die Geistlichen die höchste mittlere Lebensdauer von 65—68 Jahren, die Aerzte die niedrigste mit 54 Lebensjahren. Das Einathmen faulender thierischer Zersetzungsproducte erweist sich nicht als direct schädlich!! Siehe die Lebensdauer von Abdeckern, Todtengräbern, Weiss- und Lohgerbern. Die Juden sollen im Allgemeinen ein höheres Alter erreichen, als die Christen. Hermann Hertzka.

343. Commissionsbericht über die animale Vaccination in Belgien. (Medical Examiner 1877. Jan. 4.)

Das Staats-Impfinstitut in Brüssel ist im Juli 1868 mittelst kön Erlasses gegründet worden. Es wurde im zoologischen Garten etablirt und steht unter Leitung des Dr. Warlomont. Zur Zeit des Besuches der Medical Examiner-Commission fand gerade eine Impfung statt. Ein ungefähr 3 Monate altes Kalb, das vor 5 Tagen geimpft worden war, wurde auf einem besonders construirten Tische befestigt, wobei sich auf einer abgeschorenen Stelle der regio inguino-mammaria Gruppen von kleinen Pusteln präsentirten. Der Inhalt derselben wurde mittelst eines einfachen und sinnreichen Verfahrens (wahrscheinlich Erfassen der Pustel an der Basis mit einer Schiebepincette bis zum Bersten und Austreten des Inhalts, Referent) zum Hervorquellen gebracht und theils zur Impfung eines andern Kalbes benützt, theils zur Versendung aufbewahrt.

Nun ward das Thier entfernt, ein anderes Kalb hereingebracht und auf dieselbe Art fixirt. Man rasirte zunächst dem letzteren den Unterleib ab und mit einer mit Lymphe von dem vorigen Kalbe bestrichenen Lanzette wurden etwa 50 kleine Incisionen, in der Richtung der Axe des Thieres gemacht.

Die Incisionen stehen etwa 1 Zoll von einander ab, und derselbe Zwischenraum wird zwischen den einzelnen Incisionsreihen eingehalten.

Die Stiche jeder Reihe correspondiren mit den Zwischenräumen der anderen Reihen, eine Anordnung, welche die freie Entwicklung der Pusteln und ihrer Areola erlaubt.

Nach beendeter Operation besichtigte die Commission das Institut, das aus 4 Räumen besteht. Der grösste derselben dient als Wartesaal für die Armen, die übrigen enthalten einen Wartesaal für die Wohlhabenden, ein Ordinationszimmer und ein Vorrathslocal, das mit der Farm des zoologischen Gartens in Verbindung steht. Nach Mittheilungen des Dr. Warlomont werden die Kälber dem Institute für die Dauer von 7 Tagen überlassen und während dieser Zeit mit Eiern und Milch genährt. Am Ende der Woche werden sie dem Eigenthümer wiedererstattet.

Digitized by Google

Auf diese Art wird eine ununterbrochene Transmission der Kuhpocken von Kalb zu Kalb bewirkt, seit M. Petry, Mitglied der belgischen Akademie der Medicin, einen Fall von Kuhpocken zu Esmeux (Lüttich) entdeckt hat.

In gewöhnlichen Zeiten genügen 2 Kälber wöchentlich, aber in der Epidemie von 1870—1871 wurde jeden Tag ein Kalb requirirt.

Dr. Warlomont sprach sich der Commission gegenüber dahin aus, dass der Pustelinhalt nur 24 Stunden lang wirksam sei. Im Sommer reifen sie in 5 Tagen, im Winter in 6.

Mit diesem Impfstoffe wurden 1870—1871 in Belgien 96 Percent Haftungen erzielt, während in England das beste Ergebniss der Impfung von Arm zu Arm nur 95 Percent ist.

Mit Rücksicht auf die Schutzkraft der Kälberlymphe wird angeführt, dass in der Epidemie von 1870—1871 nicht eines von den 10.000 Kindern, die in den vorhergehenden Jahren (seit Gründung des Institutes) mit diesem Stoffe geimpft worden waren, an Variola erkrankte. Die Anstalt ist verpflichtet, an jede Gemeinde zwei Glasröhrchen und zwei Stifte mit Impfstoff gratis abzugeben. Dr. Warlomont aber theilt jedem Arzte, der es wünscht, die Vaccine umsonst mit. Auf Stiften soll sich der Impfstoff besser erhalten, als in Glasröhrchen.

(Ausser Brüssel gibt es 4 holländische Impfanstalten für animale Vaccine, nämlich zu Rotterdam, Haag, Amsterdam und Utrecht und seit 1875 auch eine in Deutschland, nämlich zu Hamburg. Namentlich mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer Syphilisübertragung bei der gewöhnlichen Impfung wäre die Einrichtung von Kälberimpfanstalten in grossen Städten zu empfehlen. Referent.) Popper.

344. Die Abstimmung sämmtlicher berechtigten Schweizer Aerzte, betreffend die Impfung. (Gesundheit, 1877.)

Bei der von Neuem erhobenen Agitation gegen die Impfpflicht dürfte das nachfolgende Ergebniss einer durch die schweizerische Aerzte-Commission veranlassten Stimmabgabe aller approbirten Schweizer Aerzte über die Impffrage auch in Deutschland Interesse erwecken.

In der zweiten Woche Decembers 1876 wurden an sämmtliche Aerzte Correspondenzkarten versandt mit folgenden Fragen:

1. Sind Sie nach Ihren Erfahrungen der Ansicht, dass eine erfolgreich ausgeführte Vaccination vor echten Pocken oder wenigstens vor den schweren Formen derselben auf eine längere Reihe von Jahren schützt?
2. Werden Sie daher die Impfung gesunder Kinder empfehlen?
3. Werden Sie auch die Revaccination empfehlen?
4. Halten Sie dafür, dass die Impfung mit retrovaccinirter Kuh- oder Farrenlymphe solche Vortheile bietet, dass ihre Anwendung möglichst allgemein anzustreben wäre?
5. Sind Sie für Aufrechterhaltung der obligatorischen Impfung?

Digitized by Google

Vier Wochen später (den 12. Januar) wurde mit der Annahme der Antworten abgeschlossen.

Von den 1376 versandten Stimmkarten kamen nun bis 12. Januar 1186 oder 86·8 pCt. beantwortet zurück, oder von 1000 Aerzten haben 848 geantwortet. Die eingelaufenen Antworten sind nachfolgend zusammengestellt:

Stimmkarten versandt an:	Antworten erhalten von:	1. Nutzen der Impfung.			2. Kinder-Impfung.			3. Revaccination.			4. Vortheile der Farrenlymphe.			5. Zwangsweise Impfung.		
		Ja.	Nein.	Unentschieden	Ja.	Nein.	Unentschieden	Ja.	Nein.	Unentschieden	Ja.	Nein	Unentschieden	Ja.	Nein.	Unentschieden
1376	1186	1122	22	24	1128	25	15	1083	60	25	771	213	182	1010	133	25

345. Jodintoxication und Albuminurie bei Kindern. Von S. Simon und P. Régnard. (Gaz. hebd. Nr. 19, 1876.)

Nach Empfehlung des Dr. Clin hatte S. Simon bei Tinea und Favus tägliche Pinselungen der erkrankten Partie des Kopfes mit einer Mischung von Tinct. Jod. und Glycerin bei Kindern angewandt; die dadurch gebildete dicke Kruste fällt nach einigen Tagen von selbst sammt den erkrankten Haaren ab, so dass Waschungen des Kopfes und Epilation unnöthig sind. Die Erfolge waren ausgezeichnet und ohne unangenehme Nebenerscheinungen, bis plötzlich ein Kind von 10 Jahren an Jodvergiftung erkrankte; das Jod liess sich im Harne nachweisen und zugleich ergab die Harnuntersuchung der übrigen so behandelten Patienten in mehr als der Hälfte Eiweiss, manchmal in bedeutender Menge. In 4 Fällen trat es zugleich mit dem Jod im Harne auf, um bei Aussetzung der Behandlung zu verschwinden und nach Wiederaufnahme wieder zu erscheinen, sobald das Jod wieder resorbirt wurde; die übrigen Kinder im Saale, die nicht mit Jod behandelt wurden, blieben frei von diesen Erscheinungen; in 7 Fällen mit Jod behandelt, wurde wohl Jod, nicht aber Eiweis gefunden.

Zum Experimente wurden 3 andere Fälle (2 Phthisiker und 1 Tumor albus genu) mit Jod äusserlich behandelt; in 2 erschien Jod und Eiweiss am 2. Tage im Harne, im 3. Falle erst am 4. Tage, doch war hier die Pinselung nur lässig und in sehr geringer Ausdehnung, in der Grösse eines Fünffrancstückes, in den ersten Tagen vorgenommen worden; Jod war hier zuerst nur spurenweise vorhanden; bei 14 Kranken mit einer grossen Pinselungsfläche von 10 Cent. im Geviert war Jod und Eiweiss sehr bald nachweisbar.

S. Simon zieht daraus folgende Schlüsse: Einerseits, dass man die äussere Jodbehandlung bei chronisch erkrankten Kindern nicht zu lange fortsetzen dürfe, um nicht eine dauernde Albuminurie hervorzurufen,

Digitized by Google

und dass bei reizbaren nervösen Patienten, besonders im fieberhaften Zustande, Jod ungemein leicht und rasch auftreten, anderseits, dass die Behandlung des Favus mit Tct. Jodi sich empfehle bei fleissiger Harnuntersuchung. Während Jod äusserlich bei Kindern leicht diese Erscheinungen verursacht, werde Jodkali von ihnen gut vertragen. Bei Erwachsenen erweise sich Jod dagegen oft von Erfolg bei chronischer Albuminurie (Isambert). — Uebrigens wurde von Dechambre experimentell die Resorption des Jod durch die Haut bei Erwachsenen nachgewiesen. (Allgem. med. Central-Zeitung.)

346. Ueber die Verlässlichkeit der mikroskopischen Frauenmilch-Untersuchungen. Von Dr. L. Fleischmann. (Oest. Jahrb. f. Päd., 2. B. 1876.)

Gute Milch enthält vorherrschend mittlere Formen von Butterkügelchen in gleichmässig dichter Anordnung (normale Milch) oder doch vorwiegend mittlere und viele kleinere Formen; Ueberwiegen der grossen oder namentlich der kleinsten Formen oder Verminderung aller drei Formen charakterisirt die schlechte Milch.

Dr. Fl. sucht dieses in seiner „Klinik der Pädiatrik" aufgestellte Gesetz durch neuerliche Untersuchungen zu erweisen.

Er berichtet über Milch von 71 Frauen, im Alter von 19—29 und von 30—45 Jahren, die er in je 3 Gruppen abtheilt: in kräftige und gut genährte, in mittelkräftige und in schwächliche und schlecht genährte. Als Resultat dieser Untersuchungen ergab sich: Dass kräftig constituirte Frauen im Alter von 20—30 Jahren fast ausnahmslos eine an mittleren Formen reichliche, gut beschaffene Milch absondern, und dass in diesem Alter schlechtere Milch nur bei Frauen von schlechter Constitution und schlechtem Ernährungszustande angetroffen wird.

Bei Frauen im Alter über 30 Jahre hinaus, wenn sie kräftig und gut genährt sind, ist die Milch durchschnittlich noch immer gut, wenn sie aber schlecht genährt sind, fast immer schlecht, entweder überhaupt arm an Formbestandtheilen oder reich an kleinen, detritusartigen Milchkügelchen. Die Zahl der überstandenen Schwangerschaften ist ohne wesentlichen Einfluss auf die Milchqualität oder doch nur insoferne von Einfluss als Verschlechterung des Ernährungszustandes und Zunahme der Zahl der Schwangerschaften neben einander laufen.

Eine Zusammenstellung der Qualität und Quantität der Milchkügelchen und der Ernährungsverhältnisse der betreffenden Säuglinge, welche ausschliesslich an der Brust ernährt werden, lehrt, dass Rhachitis und Defecte der Ernährung bei den Kindern gewöhnlich mit Abweichungen vom normalen Verhalten der Formbestandtheile der Milch zusammenfallen.

Rhachitis kann allerdings noch von Mangel an Milch, von hereditärer Uebertragung und anderen Umständen abhängen.

Digitized by Google

Im Allgemeinen ist die mikroskopische Untersuchung der Milch ein praktisch sehr gut verwendbares und verlässliches Mittel zur Beurtheilung der Qualität derselben. Eisenschitz.

347. Ueber das Vorkommen von Phthisis bei den Steinmetz-Arbeitern. Von Beveridge. (Brit. Medic. Journal. 1876. Octb. 14.)

Unter den im Krankenhause zu Aberdeen behandelten Steinmetz-Arbeitern war in dem Decennium 1839—1848 das Verhältniss der Phthisis zu den anderen Krankheiten wie 1 : 77,5, in der Decade 1859 bis 1868 1 : 26, also dreimal so viel und endlich in den Jahren 1869 bis 1875 war das Verhältniss dasselbe, aber doch so, dass die Zahl der in den 7 Jahren Erkrankten so gross ist, als in den 10 Jahren vorher. Es fragt sich nun, ob diese abnorme Zunahme der Phthisis nur in diesem Gewerbe, oder auch allgemein bei der übrigen Bevölkerung stattgehabt habe. Bei der Gesammtbevölkerung zeigt sich jedoch eine Abnahme der Phthisis, denn im Durchschnitt von 7 Jahren kam 1861 auf je 323,7 Mann der Bevölkerung 1 Fall von Phthisis, und 1871 auf je 384,8. Die Phthisis hat nur bei den Steinmetzen zugenommen. Vergleicht man die Zahl der Phthisis unter diesen zu der Zahl der Phthisis unter den andern zugegangenen Kranken, so war das Verhältniss 1839—1848 wie 1 : 71, 1859—1869 wie 1 : 56,5 und 1869—1875 wie 1 : 37. Noch deutlicher wird die Zunahme der Phthisis bei den Steinmetzen, wenn man ihnen die Manufactur-Arbeiter gegenüberstellt, das Verhältniss der Phthisis unter den ersteren zu der Zahl der Phthisis bei den letzteren war 1839—1848 wie 1 : 19, 1859—1868 wie 1 : 10 und 1869 bis 1875 wie 1 : 9; die Zahl der Phthisis hat sich also bei jenen verdoppelt. Wie kommt es, dass die Phthisis so zugenommen hat? Die Arbeit ist allerdings geeignet, die Krankheit zu erzeugen. Die Arbeit geschieht meist in engen Hütten, die an einer Seite offen sind; an dieser Seite liegt der Stein, den der Mann bearbeitet. Um den Arbeiter von allen Seiten ist dichter Staub, der eingeathmet wird und zu Erkrankungen der Lunge führt. Die Hauptursache der Zunahme der Phthisis liegt aber nicht in der Arbeit, denn diese ist immer dieselbe gewesen, sondern in der Constitution der Arbeiter selbst. Früher waren diese kräftige, starke Leute vom Lande, diese sind aber fast sämmtlich von Aberdeen nach Amerika ausgewandert; die jetzigen Arbeiter sind meist junge, schwächliche Leute aus der Stadt, die viel mehr unter dieser Beschäftigung leiden. Baer.

348. Besitzt die Ehe für das weibliche Geschlecht eine Schutzkraft gegen Rückfall in Psychosen? Von Geh. Med. R. Nasse. (Der Irrenfreund 1877. Nr. 3.)

Nachdem diese Frage von manchen Irrenärzten im bejahenden Sinne beantwortet wurde, und andererseits gerade unter den Laien die sehr bedenkliche Ansicht herrscht, dass die Ehe, da ja beim weiblichen Ge-

Digitized by Google

schlechte alle Krankheiten womöglich auf das sexuelle Gebiet zurückzuführen sind, als wirksamstes Remedium gegen Psychosen zu empfehlen sei, ist es sehr verdienstlich von dem erfahrenen Irrenarzte, wenn er seine Resultate zur Kenntniss bringt. — Sie erweisen, dass die Ehe weder einen schädlichen, noch einen prophylaktischen Einfluss in Bezug auf Rückfälle ausübe, und ergeben hinsichtlich der Genesungsfähigkeit der rückfällig gewordenen Frauen sogar einen etwas ungünstigeren Percentsatz für die vor der Ehe bereits gestört Gewesenen. Es darf daher die Frage, ob ein von Geistesstörung genesenes Mädchen heiraten darf, keineswegs unbedingt bejaht, oder im aufmunternden Sinne beantwortet werden, sondern man muss die Antwort in jedem Einzelfalle von den übrigen allgemeinen Bedingungen, welche die grössere oder geringere Wahrscheinlichkeit der Erhaltung der Gesundheit verbürgen, abhängig machen. Obersteiner.

Kleine Mittheilungen.

349. Vergiftung durch Blätter von Lactuca virosa. Von Dr. A. Boë. (Bull. d. Ther. 1876.)

Ein 10jähriges Kind, seine 28jährige Mutter, der 50jährige Oheim und ein Arbeiter assen am 15. März einen Salat, der aus den jungen Trieben von Löwenzahn, Cichorie und Salatblättern bereitet war. Letztere fand nur der Oheim ungeniessbar. Die andern drei Personen bekamen sehr bald Erbrechen, Kolik, bedeutende Pupillenerweiterung mit Unvermögen zu sehen, Conjunctivalinjection, dumpfen Kopfschmerz, der Knabe auch Gesichtshallucinationen und heitere Delirien. Die Behandlung dieses 36 Stunden dauernden Zustandes bestand in der Darreichung starken schwarzen Kaffees, beim Kinde auch noch eines Brechmittels.

350. Présentation d'un Laryngoscope dans la société médicale des hôpitaux. Von M. Libermann. Gazette des hôpitaux. 1877. Nr. 12.

Libermann demonstrirte ein neues Laryngoskop zur Untersuchung der Kranken im Bett. Dasselbe besteht aus einem hinten mit dem Reflector, vorn mit einer Condensationslinse versehenen Cylinder von geschwärztem Kupfer, der in der Mitte die Flamme einer in den Griff des Instrumentes eingelassenen Petroleumätherlampe birgt.

351. Zu den Convulsionen der Kinder. Mitgetheilt von Magister Löwenstamm aus Brünn. (Medicin.-chirurg. Centralblatt Nr. 35, 1876.)

Gelegentlich eines Falles von Convulsionen bei einem 16tägigen Kinde macht L. auf die Wichtigkeit der Dyspepsie und auf die grosse Rolle, welche sie bei den sogenannten Fraisen der Kinder spielt, aufmerksam. Er gibt gegen den Anfall Chloralhydrat 15 Gran auf 1 Unze stündlich 1 Kaffeelöffel. Die Convulsionen nehmen an Frequenz und Intensität sogleich ab. Nachher verabreicht L. als Antiacidum magnes. ust. c. rheo messerspitzweise, welchem er einen guten Erfolg nachrühmt. Hermann Hertzka.

Digitized by Google

352. Stenosis recti. Von Magister Löwenstamm (ibidem).

Eine 45jährige Frau litt seit Jahren an Obstipation, so dass sie nur alle 3—4 Tage unter Antrengung Stuhl absetzen konnte. Seit einem Jahre konnte sie nur durch Drastica eine Entleerung erzwingen. Sie wurde als mit Hämorrhoiden behaftet, mit allerlei Mineralwässern, Purganzen, Klystieren ohne Erfolg behandelt. Die früher mässigen Blutungen nahmen immer mehr zu und die Frau wurde endlich aus Anämie bettlägerig. Bei der Untersuchung des Anus, die L. vornahm, fand er einige Hämorrhoidalknoten; die Digitaluntersuchung des Rectum ergab bedeutende Schwellung der Mucosa, die leicht blutet, und in einer Höhe von 3" eine mehr scharfkantige resistente Strictur, die kaum für die Spitze des dünnen Zeigefingers durchgängig war. Nachdem durch Ol. ricini ausreichende Stuhlentleerung bewirkt wurde, führte L. eine $^1/_2$" starke mit Bleicerat bestrichene Wachsbougie in die Strictur ein und liess sie dort 10 Minuten liegen, nach welcher Zeit sie wegen zu grosser Schmerzhaftigkeit herausgenommen wurde. Reaction gering. Nach einer neuerlichen Dosis Ol. ricini Nachts mehrere dünnbreiige Stühle mit grosser Erleichterung für die Patientin. Fünf Tage wurde die Bougie öfter und längere Zeit hindurch eingeführt. Am 6. wurde eine $^3/_4$zöllige Wachskerze durch 1 Stunde vertragen, und am 9. eine 1" dicke Wachsbougie durch ebenso lange Zeit liegen gelassen. Die Mucosa war normal, keine Blutungen. Am 10. Tage vergass die Pat. das an der Bougie gebundene Band um den Leib zu befestigen, und die ganze Kerze schlüpfte zum Schrecken derselben in den Darm, ging aber am nächsten Morgen in Begleitung einer ausgiebigen breiigen Entleerung ohne Schmerzen wieder ab. Nach 14 Tagen wurde keine Bougie mehr eingeführt. Es erfolgten regelmässige Stuhlentleerungen und die Frau erholte sich bald.

Hermann Hertzka.

353. Description of a splint for use after excision of the Knee. Von Wartenberg. (Lancet 1876. July 8.)

Der Apparat unterscheidet sich nicht wesentlich von der Esmarch'schen Lagerungschiene. Er besteht aus einer Hohlschiene für den Oberschenkel und einer zweiten für den Unterschenkel, welche letztere ein Fussbrett trägt. Beide sind durch ein viereckiges Gestell von Metallstäben beweglich verbunden, welches aufgehängt an Riemen eine kurze flache Holzschiene zur Aufnahme der Kniekehle trägt. Die Schienen für Ober- und Unterschenkel werden mittelst einer zu schnürenden Kapsel aus Miederstoff angelegt, dann werden die Schnittflächen genau adaptirt und das Gestell und mit ihm die das Knie tragende Schiene in der entsprechenden Lage festgestellt. Beim Verbandwechsel braucht nur die letztere entfernt zu werden. Das ganze Operationsfeld ist von allen Seiten frei zugänglich.

A. von Winiwarter.

354. Perineal Laceration treated by immediate operation. Von E. Bermingham. (New-York Medic. Record 1876. Nr. 299.)

Es kann nicht genug empfohlen werden, Dammrisse, seien sie noch so unbedeutend, gleich nach der Geburt sorgfältig zu vereinigen. Ein Beispiel, dass dies auch bei ausgedehnten Zerreissungen von gutem Erfolg begleitet ist, gibt B. Eine 20jährige Primipara erlitt bei der Extraction mittelst Forceps eine Ruptur, welche den ganzen Sphincter ani und die Scheidewand zwischen Vagina und Rectum auf $^5/_4$ Zoll zerstörte Unmittelbar nach dem Abgang der Placenta Nath mittelst tiefer Hefte von Silberdraht. Nachbehandlung: Ausspritzen der Vagina mit schwacher Carbolsäurelösung. Vereinigung per primam in ganzer Ausdehnung. — Der Verf. scheint sein Handeln, d. h. das Operiren unmittelbar nach der Geburt, entschuldigen zu wollen, während es doch vollkommen correct und verständig war.

A. von Winiwarter.

Digitized by Google

355. Phosphorvergiftung. Nachweisung des Phosphors in einer ausgegrabenen Leiche. Von V. Elvers. Eulenberg's Vierteljahrschr. XXV. S. 25. Centralblatt 1876.

In dem mitgetheilten Falle gelang es, den gewöhnlichen Anschauungen entgegen, noch 8 Wochen nach dem Tode in einer exhumirten Leiche den Phosphor in Substanz im Inhalte des Darmcanals nachzuweisen, während er sich im Magen nicht auffinden liess. Der Phosphor gab sich zu erkennen durch das Erscheinen leuchtender Punkte an der Oberfläche der digerirten Flüssigkeit, durch das Bräunen eines mit Silberlösung befeuchteten, den Dämpfen der Substanz ausgesetzten Papiers, durch das Leuchten der beim Kochen entwickelten Dämpfe, sowie durch das beim jedesmaligen Schütteln des erhaltenen wässrigen Destillats mit dem Auftreten weisser Nebel verbundene Leuchten. Die grosse Menge des eingeführten Giftes und seine Einhüllung in reichliche fetthaltige Substanzen erklären das Vorkommniss.

Auszüge aus grösseren medicinischen Werken.

356. Krankheiten der peripheren cerebrospinalen Nerven. Von Prof. W. Erb. (12. Band des Handbuch der speciell. Pathol. und Therap., herausgegeben von Prof. Ziemssen. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel, 1874. Siehe „Rundschau" 1877, Nr. 220.)

Ursachen der Anosmie sind: acute und chronische Coryza, Influenza, abnorme Trockenheit der Nasenschleimhaut (durch Trigeminusanästhesie beeinträchtigte Thränensecretion oder Schleimhautsecretion der Nase, durch Facialislähmung behinderter Thränenabfluss etc.); Verengungen der Nasenlöcher, Nasenpolypen; heftige Erkältung, stark reizende Gerüche, reizende Injectionen und Nasendouchen, Verlust des Pigmentes in der Riechschleimhaut (Ogle).

Viel wichtiger als diese — peripherischen — sind jene Anosmien, welche durch Leitungshemmung in den Riechnerven und im tract. olfactor. entstehen und die manchesmal mit subjectiven Geruchsempfindungen einhergehen: Anosmien, welche durch Fall auf den Kopf entstehen, ohne aber immer von Schädelbrüchen bedingt zu sein; solche durch directe Brüche des Stirn- und Siebbeines; durch Losreissung des Bulb. olfactor. von seinen in die lamin. cribros. eintretenden Aeste; durch senile Degeneration und Atrophie der Riechnerven; durch Erweichung, Induration, Geschwulstbildung des Nerven, Tumoren in der vorderen Schädelgrube, im Vorderlappen des Gehirns, Exostosen, Caries, Meningitis an der betreffenden Stelle; hieher gehört auch die zuweilen beobachtete angeborne Anosmie (Mangel des tract. olfact.)

Von den central bedingten Fällen von Anosmie sind besonders interessant diejenigen des linken Nasenloches, welche mit Aphasie und und rechtsseitiger Hemiplegie einhergehen. Zu erwähnen sind noch nach Notta „essentielle" Anosmien junger Frauenzimmer ohne nachweisbare Ursache.

Digitized by Google

Die Prognose der Anosmie richtet sich vorwiegend nach ihrer Ursache, ebenso die Therapie. Einige Autoren wenden die Elektricität gegen dieses — nur bei gleichartigem völligen Verlust des Wohlgeschmackes unangenehm empfundene — Symptom an.

Neurosen der motorischen Nerven. Die motorischen Nervenbahnen und die Muskeln, ihre periphere Endorgane bilden das anatomische Substrat für die Bewegungsvorgänge. Praktisch geht es natürlich nicht immer an, Läsionen der intramusculären Nervenendigungen von denen der Muskelfasern, welche streng genommen mit den Neurosen der motorischen Nerven nicht zusammengeworfen werden dürfen, zu trennen. — Der Verlauf der in das Rückenmark durch die vorderen Wurzeln eintretenden motorischen Nerven ist noch nicht vollkommen sichergestellt; wahrscheinlich aber führt die Hauptbahn aus den vorderen Wurzeln in die graue Substanz und von dieser bald in die weissen Markstränge (Vorderseitenstränge) zurück, in welchen sie bis zum verlängerten Marke verbleiben. Ausser dieser Hauptbahn gibt es noch zahlreiche Nebenbahnen, die wohl alle in der grauen Substanz liegen. In der Höhe des Medulla oblong. und des Pons findet die Haupttrennung der motorischen Bahnen statt. Im Gehirn verläuft die Hauptbahn vom Pons ab durch den Hirnschenkelfuss zu den grossen Ganglienmassen, Streifenhügel und Linsenkern, weiter hin verläuft die Bahn in der Faserung des Stabkranzes zu gewissen motorischen Centren im Grau der Hemisphären. Die verschiedenen Muskelgruppen des Körpers besitzen getrennte Centra. Ausser dieser Hauptbahn existiren aber noch Nebenbahnen: in der Medulla, im Gehirne, im Rückenmarke, in diesem zunächst eine Verbindung mit sensiblen Bahnen, durch welche die Reflexbewegungen vermittelt werden. Im Gehirne und in der Medulla oblongata Verbindungen der motorischen Bahnen mit sog. automatischen Centren (für die Respirations-, Herzbewegungen, Gefässe).

Die physiologischen Leistungen der motorischen Apparate sind: *a*) Willkürliche Bewegungen, ausgehend von Erregungen der „Willensapparate“ in der grauen Hirnrinde, ferner die Mitbewegungen durch Ausbreitung der Willenserregung auf nicht beabsichtigte motorische Bahnen. *b)* Automatische Bewegungen, deren Centra wohl alle im verlängerten Marke und im Gehirn liegen. Ob auch das Rückenmark automatische Bewegungen (Muskeltonus) vermittelt, ist nicht sichergestellt. *c*) Reflexbewegungen sind die Folge directer Uebertragung centripetaler Erregungen auf centrifugale Bahnen, ihnen stellen sich vielfach die Reflexhemmungen entgegen. Die Hauptherde für dieselben finden sich im Gehirn. Einer eingehenderen Erforschung bedürfen die Vorgänge der Combination und Coordination der Bewegungen, wie sie beim Sprechen Schreiben, Gehen, Clavierspielen etc. beobachtet werden. Die Störung der Motilität kann nach zwei Richtungen erfolgen, entweder es kommt zu einer Steigerung der motorischen Erscheinungen (Hyperkinesis, Krampf) oder zu einer Abnahme derselben (Akinesis, Lähmung).

Digitized by Google

Untersuchung der Motilität und der motorischen Apparate. Manchesmal ist es wohl möglich, schon auf den ersten Blick gewisse Bewegungsstörungen zu erkennen, häufig genug jedoch erfordern diese eine sehr genaue und eingehende Untersuchung. Diese Bewegungsstörungen sind erkennbar beim Krampf durch zu starkes Ausgesprochensein gewisser Stellungen und Bewegungen, bei der Lähmung durch Schwäche und Ausfall gewisser Bewegungen und dadurch bedingte Anomalien in der Haltung, Configuration und Symmetrie der Körpertheile. Möglichst genaue Besichtigung des entblössten Körpers, active und passive antagonistische Bewegungen, passiver Widerstand, welchen man den krampfhaften Bewegungen entgegensetzt, locale Faradisation der Antagonisten, der symmetrischen Muskeln der anderen Körperhälfte etc., das sind die hauptsächlichsten Untersuchungsmittel. Auch lasse man bestimmte einfache und complicirte Bewegungen (Stehen, Gehen, Hüpfen, Schreiben, Nähen, Clavierspielen etc.) vornehmen, um das Krankhafte der Bewegungen zu erkennen. — Beim Ausfalle von Bewegungen hat man sich zunächst zu fragen, welche Bewegungen ausfallen, so z. B. im Gesichte, welche willkürlichen und mimischen Bewegungen beim Sprechen, Lachen etc. ausfallen. Am Rumpfe und Halse sind Beugung und Streckung, Seitwärtsbewegungen, Drehungen, die Respirationsbewegungen, Bauchpresse etc. zu beachten. An den oberen Extremitäten ist zu achten auf Beugung, Streckung und Rotation in den einzelnen Gelenken, Pronation und Supination, Bewegungen der einzelnen Finger etc., in den unteren Extremitäten Beugung, Streckung, Ab- und Adduction, Rotation in den einzelnen Gelenken, Stehen, Gehen, Zehenstand, Stehen auf einem Fusse etc. — Ferner hat man den Grad der Abschwächung der einzelnen Bewegungen zu bestimmen, ob Parese oder Paralyse. Bei Paresen kann es sich weiter darum handeln, zu erfahren, welche Kraftleistung mit den erkrankten motorischen Theilen noch zu erzielen ist: durch Bestimmung des Widerstandes gegen passive Bewegungen, durch Prüfung des Druckes, den die Kranken mit den Extremitäten noch ausüben können, durch das frühere oder spätere Eintreten von Ermüdung bei gewissen Bewegungen. Auch muss geprüft werden, mit welcher Gleichmässigkeit, Exactheit und Sicherheit die einzelnen Bewegungen vor sich gehen, ob glatt oder stossweise, ob mit Zittern oder mit störenden Nebenbewegungen etc. (Man lasse die Kranken gerade Striche oder Kreise beschreiben, einzelne Punkte mit den Fingern treffen, auf einem Striche gehen etc.) — Die Ausführung passiver Bewegungen kann darüber belehren, ob die gelähmten Muskeln völlig erschlafft, gespannt sind, ob sie in convulsives Zittern gerathen u. dgl. — Ebenso prüfe man die automatischen und Reflexbewegungen von den Sinnesorganen, den Schleimhäuten und der Haut her.

Die mechanische Erregbarkeit der motorischen Nerven — zu prüfen durch Beklopfen mit dem Percussionshammer — zeigt sich unter sehr verschiedenen pathologischen Verhältnissen gesteigert; weniger leicht sind fibrilläre Zuckungen durch Percussion der Nervenstämme zu erzeugen.

Ohne Beachtung der elektrischen Reizbarkeit der motorischen Apparate ist eine genauere Einsicht in die Pathologie vieler motorischer Störungen nicht zu gewinnen. — Die motorischen Nerven und Muskeln reagiren gesetzmässig (Zuckungsgesetz) auf elektrische Ströme. Die Erregung derselben geschieht hauptsächlich durch die Dichtigkeitsschwankungen, beim Schliessen und Oeffnen des Stromes, und die Erregung ist um so stärker, je grösser die Dichtigkeitsschwankungen sind und je rascher sie eintreten, also je stärker der Strom und je plötzlicher die Veränderungen seiner Dichtigkeit. Das Verhalten der Nerven und Muskeln gegen die Einwirkungen rasch aufeinander folgender, abwechselnd entgegengesetzt gerichteter Ströme von momentaner Dauer und erheblich grosser Abgleichungsgeschwindigkeit (faradischer Ströme) nennt man die faradische Erregbarkeit. Hiebei unterscheidet man indirecte (d. i. die der motori-

Digitized by Google

schen Nerven) von directer Reizung. Indirecte faradische Reizbarkeit bezieht sich daher auf die Erregbarkeit der betreffenden motorischen Nerven. Man applicirt gewöhnlich den am meisten erregenden Pol (die „Kathode" des secundären Stromes oder des Extracurrent) auf den zu prüfenden Muskel oder Nerven und setzt die Anode auf einen indifferenten Körpertheil (Patella u. dgl.). — Bei der Prüfung Gesunder ergibt sich nun, dass bei Reizung aller erreichbaren Nerven (und Muskeln) des Körpers bei einer gewissen Stromstärke eine Minimalcontraction der Muskeln eintritt, die bei mässiger Steigerung des Stromes zu tetanischer Muskelcontraction führt, dass die symmetrischen Nerven (und Muskeln) beider Körperhälften fast genau bei der gleichen Stromstärke zur Erzeugung von Minimalcontractionen angeregt werden, eben so wie die dicht unter der Haut liegenden Nv. Accessorius. ulnaris, peroneus, ram frontal. nervi facialis. Alle erheblichen Abweichungen von diesem Verhalten müssen als pathologisch betrachtet werden.

Unter galvanischer Erregbarkeit versteht man das Verhalten der Nerven und Muskeln gegen Schliessung, Oeffnung, continuirliches Fliessen des galvanischen Stromes. Das Zuckungsgesetz des motorischen Nerven und Muskels prüft man so, dass man die zu untersuchenden Nerven und Muskeln in Verbindung mit dem einen Pole bringt, den anderen (indifferenten) auf eine indifferente Körperstelle (Sternum) setzt, und nun zusieht, wie sich die Nerven und Muskeln gegen Kathode und Anode verhalten (Kathodenschliessung = Ka S, Kathodenöffnung = Ka O, Anodenschliessung = An S, Anodenöffnung = An O). Normaler Weise erzeugt die Ka. vorwiegend Oeffnungszuckung und ist die erregende Wirkung der Kathode stärker als die der An. Es ergibt sich also folgende normale Reactionsweise bei den verschiedenen Stromstärken: Niederste Stufe: Ka S Z, An erzeugt nichts; mittlere Stufe (mittelstarker Strom): Ka S Z, An Sz, An Oz, keine Ka O Z; höchste Stufe: Ka S Te (Tetanus), An S Z, An O Z, Ka Oz.

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

357. Wiener medicinisches Doctoren-Collegium. Sitzung vom 23. April 1877. Prof. Kaposi: „Ueber das sogenannte Molluscum contagiosum".

Das zu besprechende Gebilde führt nicht mit Recht diesen Namen. Es stellt stecknadelkopf- bis erbsengrosse, halbkugelige, transparente, in der Mitte gedellte und sodann Varicellen-ähnliche, derbe Knötchen und Warzen der Haut dar, die thatsächlich bisweilen in toto mit Varicellen verwechselt werden. Durch Druck mittels der beiden Daumennägel kann das beschriebene Gebilde als Ganzes aus seinem Netze zum Austritte gebracht werden. Es erscheint dann wie ein aus runden Läppchen zusammengesetztes Träubchen. Erst durch starkes Quetschen wird die Hülle der einzelnen Läppchen zersprengt und ihr Inhalt entleert. Dieser besteht (mikroskopisch) aus Epithelial-Elementen verschiedener Art, Fett, Fettkrystallen und eigenthümlichen, stark glänzenden, ovoiden Körpern, „Molluscum-Körperchen". Diese Warzen- oder Pocken-ähnlichen Bildungen finden sich einzeln und bis über hundert an verschiedenen Körperstellen, Penis, Gesicht, Stamm etc. besonders häufig bei Kindern. Sie entwickeln sich gewöhnlich innerhalb kurzer Zeit, bestehen Wochen und Monate, fallen spontan oder durch Eiterung aus oder persistiren, seltener, jahrelang. Eczem, Maceration der Haut durch Bäder begünstigen ihre Entstehung. K. und mehrere Andere haben acute Eruption von Molluscum gesehen.

Digitized by Google

Dieses Gebilde ist zu verschiedenen Zeiten als subcutanes oder endofolliculäres Condylom beschrieben, oft auch fälschlich mit Blenorrhoe in Beziehung gebracht worden. Weiters erscheint es unter den Namen Sebumwarzen, Acne varioliformis, Acne molluscoide, Epithelioma molluscum und in den letzten Jahren fast allgemein als Molluscum contagiosum schlechtweg.

Bateman stellte zwei Molluscumarten auf. Die erste, Molluscum simplex, ist eine Bindegewebsgeschwulst, Fibroma molluscum Virchow, und gehört nicht hieher. Das zweite nannte er Molluscum contagiosum. Letzteres bildet kleinere und grössere Geschwülste, die durch eine Oeffnung auf Druck einen milchigen Inhalt entleeren („milky fluid"). Man erkennt in ihnen zweifellose atheromähnliche Bildungen. Contagiös nannte sie Bateman, weil er dieselben bei mehreren in gegenseitigem Contact gewesenen Personen gesehen und darum für contagiös gehalten hatte. K. zeigt, dass die Molluscum-Warzen thatsächlich aus erweiterten und mit einem abnormen Inhalte versehenen Drüsen bestehen und kommt zur Besprechung des zweiten Charakteristicon, der Contagiosität. Er führt aus, dass diese Eigenschaft nur auf die Erfahrung hin angenommen wurde, dass das Gebilde bei mehreren, in gegenseitigem nahen Verkehre gestandenen Personen gleichzeitig oder bald hintereinander beobachtet wurde. (Bateman, Henderson, Paterson, Cotton, Ebert, Virchow u. A.) In seiner eigenen Familie ist ein ähnlicher Fall vorgekommen. Experimentell ist aber die Uebertragung nie gelungen. Nur Retzius erzählt einen, wie er meint, positiven Erfolg.

K. kritisirt dieses angeblich positive Resultat von Retzius und zeigt, dass dasselbe, was die Reproduction der Gebilde selbst anbelangt, gleich Null war. Nun stützt R. seinen Erfolg auf den Befund von Molluscumkörperchen im Inhalte eines Comedo, — der an Stelle der Einimpfung mit Molluscuminhalt entstanden war. K. zeigt nun, dass alle Autoren, von Henderson bis Retzius, die die Molluscumkörperchen als vermuthliche Träger der supponirten Contagien ansahen, darum im Unrechte sind, weil diese Körperchen überhaupt für Molluscum nicht charakteristisch sind. K. hat sie in alten Comedonen, im Inhalte von grossen Atheromen gefunden und sie kommen auch nach Virchow allenthalben vor, wo Epithel lange liegen bleibt.

K. erklärt sie conform mit einzelnen anderen Autoren als degenerirtes aufgequollenes Protoplasma der Drüsen-Epithelien und gelangt demnach zu dem Schlusse, dass:

1. Die Molluscum sebaceum, subcutane Condylome, M. contagiosum der neueren Autoren etc. genannten pockenähnlichem Gebilde anatomisch gleichwerthig sind mit dem M. contagiosum Bateman, mit dem sie auch untermengt vorkommen, und dass sie wie letzteres aus Talgdrüsen hervorgehen.

2. Dass ihre Contagiosität durchaus nicht erwiesen ist und auch thatsächlich nicht besteht.

Er schlägt demnach vor, beide Arten von Gebilden, analog mit Hebra, als Molluscum sebaceum zu bezeichnen, denn sie gehören beide den Talgdrüsen an und nur zur besseren Detailbezeichnung schlägt er vor, das Bateman'sche als Molluscum atheromatosum, das pocken- oder warzenähnliche dagegen als M. verrucosum zu benennen.

358. K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung am 27. April 1877.

Dr. A. v. Winiwarter stellt ein Kind vor, an welchem derselbe am 6. Jänner d. J. wegen Empyem die Eröffnung und Drainage der Pleurahöhle ausgeführt hat, und das nun vollständig geheilt ist. Die Patientin, ein $3^1/_2$jähriges Mädchen, wurde Anfangs Jänner in das Kronprinz Rudolf-Kinderspital zu Wien aufgenommen; sie hat vor zwei Monaten eine linksseitige Pleuropneu-

Digitized by Google

monie durchgemacht, von welcher sie sich nicht mehr erholt hat. Zum Skelete abgemagert, mit Oedem an den Knöcheln und im Gesicht behaftet, continuirlich fiebernd (mit Abendtemperaturen von über 39°) zeigte das Kind bei der Untersuchung ein ausgedehntes Empyem der linken Seite mit Vorwölbung der Intercostalräume und Zunahme der linken Thoraxhälfte um $^3/_4$—$1^1/_2$ Ctm. gegenüber der rechten. Die Percussion ergab links vorne und hinten absolut leeren Percussionsschall über der ganzen Seite; vorne reichte die vollständige Dämpfung bis zur rechten Parasternallinie, von da an bis zur rechten Mammillarlinie war der Schall etwas weniger gedämpft und erst darüber hinaus voller und heller Lungenschall. Das Herz war so weit nach rechts verdrängt, dass der Herzstoss in der rechten Mammillarlinie gefühlt wurde; die Herztöne rein, zweiter Pulmonalton accentuirt. Links rückwärts oben war Bronchialathmen, weiter nach abwärts fortgepflanztes unbestimmtes Athemgeräusch zu hören.

Am 6. Jänner 1877 führte der Vortragende als Operateur des Spitales die Eröffnung der Pleurahöhle, zu welcher die Vitalindication vorlag, unter den Cautelen der antiseptischen Methode aus, indem er an einer Stelle, wo der Eiter bereits die Brustwand durchbrochen und sich unter der allgemeinen Decke angesammelt hatte, etwas nach auswärts von der Mammillarlinie in der Höhe der 6.—7. Rippe eine 4 Ctm. lange Incision durch Haut und Zwischenrippenmuskel machte und die bereits bestehende Perforationsöffnung der Pleura erweiterte. Eine grosse Menge grünlichen dicken Eiters entleerte sich spontan; dann wurde die Pleurahöhle mit 1% Carbolsäurelösung gründlich ausgewaschen, ein dickes Drainrohr eingelegt und der Lister'sche Verband exact applicirt.

Unmittelbar nach der Entleerung des Eiters war bereits links hinten oben, wo früher Bronchialathmen gewesen, vesiculäres Athmen mit Rasseln gemischt zu hören.

Der weitere Verlauf gestaltete sich ausserordentlich günstig; schon am Abende nach der Operation sank die Temperatur auf 38·5°, um nach 2 Tagen vollkommen normal zu werden. Die Pleurahöhle wurde täglich einmal mit Carbolsäurelösung, später nur mit lauem Wasser ausgewaschen, immer unter Spray; die Eiterentleerung ging bis zum 15. Jänner gut von Statten, an diesem Tage trat plötzlich Fieber auf, und es zeigte sich, dass das Drainrohr durch das Aneinanderrücken der granulirenden Rippen abgeknickt worden war. Sogleich wurde aus dem oberen Rande der unteren (7.) Rippe ein Stück resecirt, welches das Einlegen des Drainrohres gestattete und die verdickte, schwartenähnliche Pleura neuerdings incidirt. Die Massregel hatte momentanen Erfolg: das Fieber verschwand, sowie der Eiter wieder freien Abfluss hatte, und von nun an trat keine Störung im Heilungsverlaufe ein. Die Lunge expandirte sich allmälig, das Herz kehrte in seine normale Position zurück, das allgemeine Befinden war vortrefflich — und was die Hauptsache ist, der Thorax sank nicht ein, noch wurde die Wirbelsäule verkrümmt. Die Eiterung nahm continuirlich ab, am 15. April 1877 (99 Tage nach der Operation) war die Thoraxfistel definitiv geschlossen, das Kind geheilt. Eine genaue Untersuchung des Brustkorbes ergibt, wie der Vortragende an der kleinen Patientin demonstrirt, dass die normalen Percussions- und Auscultationsverhältnisse über der linken Thoraxhälfte zurückgekehrt sind, dass ferner in der Höhe der Brustwarzen gemessen auch nicht eine Spur, in der Höhe des Proc. xiphoideus aber nur $^1/_2$ Ctm. Unterschied in der Circumferenz der beiden Thoraxhälften besteht, und dass die Wirbelsäule vollkommen gerade geblieben ist. Das Kind sieht blühend aus und respirirt nach dem normalen Typus. Zu bemerken ist noch, dass gar keine pneumatische oder sonstige mechanische Behandlung behufs Ausdehnung der linken Brusthöhle stattgefunden hat.

Der Vortragende spricht sich zum Schlusse dahin aus, dass die Eröffnung der Pleurahöhle durch den Schnitt und die Drainage derselben unter antiseptischer

Digitized by Google

Methode beim Empyem die günstigsten Chancen sowohl in Beziehung auf die Entleerung des Eiters, als auf die allmälige Wiederausdehnung der Lunge darbiete, und dass dieselbe somit der einfachen Punction gegenüber nach dem heutigen Stande der Wissenschaft als das einzig empfehlenswerthe und rationelle Verfahren zu betrachten sei.

Prof. Heschl: „Ueber Cylindrome."

Nachdem H. das Wesen dieser Geschwülste und die Geschichte derselben eingehend erörtert und auch auf die Entwicklung derselben und die verschiedenen Ansichten darüber Rücksicht genommen, wobei er nebenbei nachweist, dass die neuerlich von Conheim beobachteten, als metastasirende Schilddrüsengeschwülste aufgefassten Neubildungun als Gallertkrebse zu betrachten sind, geht er an die Schilderung einer von ihm beobachteten hieher gehörigen Geschwulst der Lunge, welche er zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Geschwulst zeigte die lappige Anordnung der Cylindrome, nach vorne zu ein netzartiges Stroma, nach rückwärts einige Inseln, welche aus wahrem Knochen bestanden. Ausserdem fanden sich in diesen Geschwülsten cylinder- oder rosenkranzartige Gebilde vom Aussehen des Colloid, welche essigsaurer Carmin rasch und gut färbte. Eine epithelartige Auskleidung konnte an diesen Gebilden nicht wahrgenommen werden. In einzelnen dieser Cylinder konnten Fasern im Innern wahrgenommen werden, welche sich so verhielten wie elastische Fasern. H. glaubt, dass die Cylinder aus einer Umwandlung der elastischen Elemente der Lunge hervorgegangen sind.

Sitzung am 4. Mai 1877. Dr. Chiari: Demonstration eines Falles von Fibrom der Leber und eines Falles von Hernia obturatoria.

Das Fibrom der Leber stammt von einer 56jährigen Frau. Es fand sich die Leber kleiner als normal, von einem Gewichte von 1050 Grammen, ihre Kapsel verdickt und mit den Peritonealflächen der Nachbarschaft verwachsen. An der unteren Fläche des rechten Leberlappens zeigte sich eine Geschwulst von der Grösse einer Orange, welche über das Niveau derselben protuberirte. Diese Geschwulst, welche zum kleinsten Theile in die Substanz der Leber eingesenkt war, war vollständig von der Leberkapsel und an einer Stelle sogar von etwas Leberparenchym überzogen. Beim Durchschnitte zeigte dieselbe ein faseriges Gewebe und liess sich bei mikroskopischer Untersuchung als ein Fibrom erkennen. Ch. hält dafür, dass die Geschwulst in der Capsula Glissonii zur Entwicklung gekommen sei, und dass die Anregung hiezu die Herzerkrankung (stenos. ostii venos. sinistri) gegeben haben konnte.

Ch. demonstrirt ferner einen Fall von Hernia obturatoria, welcher bei einer 84jährigen Person beobachtet wurde, welche unter den Erscheinungen einer inneren Incarceration gestorben war. Bei der Section fand man in der Bauchhöhle nebst Gas eine jauchige Flüssigkeit, und in dieser besonders im kleinen Becken fäcale Massen. Letztere stammten von einer perforirten Ileumsschlinge, welche im Annulus obturatorius fixirt war. Diese Schlinge lag in einem 3 Ctm. langen Bruchsacke, welcher sich zwischen dem Musc. obturatorius externus und dem horizontalen Schambeinast vorgedrängt hatte. Auf dem Bruchsacke lag Fettgewebe auf, welches mit dem Fettgewebe der Subserosa des Beckens in Verbindung stand, was es wahrscheinlich macht, dass das Peritoneum in Folge dieser Fettwucherung an der bezeichneten Stelle herausgedrängt wurde.

Prof. Mayerhofer: „Ueber Sterilität."

Nachdem M. die gebräuchliche Eintheilung der Sterilität in angeborene und erworbene erwähnt, und die von Grünewald herrührende Unterscheidung derselben in eine Impotentia concipiendi und eine Impotentia gestandi als ebenso wie die frühere unzulänglich bewiesen, erklärt er, dass nach seinem Dafürhalten drei Formen der Sterilität anzunehmen seien, u. z. die beiden von Grünewald bezeichneten und als eine dritte Form die von ihm sogenannte Impotentia ingraves-

Digitized by Google

cendi, welche in der Unfähigkeit des Uterus besteht, dem Ei einen günstigen Entwicklungsboden zu bieten. Solche Zustände der Uterusschleimhaut finden sich nach Endometritiden, wo die Schleimhaut des Uterus verdickt wird, die Utricular-drüsen atrophiren. Diese Impotentia ingravescendi kann auch dadurch bedingt werden, dass das Ei nicht in den Uterus gelangen kann in Folge von Erkrankungen der Tuba. Die Möglichkeit, dass das Ei sich in solchem Falle am Bauchfell einpflanze, hält M. für ganz unerwiesen und erklärt, dass bisher kein Fall von primärer Bauchhöhlenschwangerschaft beobachtet wurde, sondern dass alle Bauchhöhlenschwangerschaften sich als secundäre bei genauerer Untersuchung erwiesen.

Was die Therapie dieses Leidens betrifft, so bemerkt M., dass die von verschiedenen Autoren gemachte Angabe, dass sie durch Discission, Dilatation des Cervix u. s. w. mechanische Hindernisse für den Eintritt des Samens in den Uterus beseitigt, als ganz unrichtig und erklärt, dass diese operativen Eingriffe nur dadurch nützen, dass sie zur Heilung einer etwa vorhandenen Endometritis beitragen, in Folge welcher die Implantation des Eies früher nicht möglich war. M. weist weiter auf spontane Heilung der Sterilität hin, welche er mehrmals zu beobachten Gelegenheit hatte. Er erwähnt ferner die künstliche Befruchtung, welche von Sims vorgeschlagen wurde, der sie jedoch selbst als nicht gut anwendbar bezeichnet.

Sitzung am 18. Mai 1877.

Prof. Stoerk: Demonstrationen von Instrumenten zu Operationen im Nasen-Rachenraume. St. macht zunächst darauf aufmerksam, dass durch die Rhinoskopie nicht blos die Kenntniss der Erkrankungen des Nasen-Rachenraumes wesentlich erweitert, sondern dass auch die causalen Beziehungen der Erkrankungen in diesem Raume zu manchen Störungen in den Nachbarorganen — Larynx, Gehörorgan — festgestellt wurden. Er erinnert in dieser Beziehung zuerst an das häufige Vorkommen von Rissen in der Interarytaenoideal-Schleimhaut bei Impermeabilität der Nasenhöhle, und erläutert den dabei obwaltenden Causalnexus. Er erwähnt ferner die Beobachtungen von Wilhelm Meyer, durch welche der Einfluss, welchen das Vorkommen der sog. adenoiden Wucherungen in der Nasen-Rachenhöhle auf den Gesichtsausdruck, die Sprache und das Gehör haben, erschöpfend nachgewiesen wurde. Die Entfernung dieser Neubildungen nimmt Meyer mit einem Ringmesser vor oder benützt häufige Aetzungen mit Lapis zu gleichem Zwecke. St. benützt dazu seinen Schlingenschnürer, mit welchem auch weniger Geübte diese Neugebilde abzutragen in der Lage sind. Es werden zu diesem Zwecke je nach der Grösse des zu enfernenden Neugebildes Schlingenschnüre von verschiedener Grösse angewendet, dieselben werden parallel zum Zungenrücken eingeführt und dann mit rasch ausgeführter Drehung des Instrumentes hinter das Velum geschoben, bis an das Rachendach, wo man die dort herabhängenden Neubildungen erfasst und abschnürt. Bei dieser Operation kommen Blutungen fast nie vor, die Schmerzen sind sehr gering; Recidive werden äusserst selten beobachtet. St. wendet auch Schlingenschnürer mit gelenkiger Oese an, um dadurch die Einführung einer grösseren Schlinge und damit die Entfernung grösserer solcher Neubildungen möglich zu machen. Zur Entfernung von Nasenpolypen bedient sich St. eines Schlingenschnürers mit einer Schlinge aus Stahldrahtsaiten, welche eine gewisse Festigkeit besitzen und dabei auch elastisch sind. Die Nase wird dabei durch ein Dilatatorium erweitert und der Polyp mit der entsprechend seinem Sitze gekrümmten Schlinge gefasst und abgeschnürt. St. hat auch Aetzungen dieser Neubildungen mit Lapis vorgenommen, hält dieselben aber namentlich bei Kindern nicht für angezeigt, weil sie viel Schmerz bereiten und oft wiederholt werden müssen. In einzelnen Fällen hat St. bei Kindern diese Neubildungen mit dem Finger zerquetscht. (St. demonstrirt die entsprechenden.

Digitized by Google

Instrumente und ihre Anwendung, und einige der damit exstirpirten Neubildungen.)

Herr Prof. Weinlechner bemerkt hiezu, dass bei manchen Wucherungen der Schädelbasis die Rhinoskopie nicht viele Aufschlüsse geben könne, und die Digitaluntersuchung vorzuziehen sei. In solchen Fällen ist gewöhnlich der Nasen-Rachenraum grösstentheils in seinem hinteren Abschnitte von der Neubildung ausgefüllt und daher eine mikroskopische Untersuchung nicht ausführbar. In Bezug auf die Entfernung solcher Geschwülste hält W. das Auskratzen derselben für besser als das Decapitiren, weil bei letzterem Recidive häufiger vorkommen.

Herr Prof. Schrötter bemerkt, dass in den von Prof. Weinlechner hervorgehobenen Fällen es sich gewöhnlich um carcinomatöse Neubildungen handle, dass aber nicht diese Fälle es seien, welche das Interesse der Aerzte in neuerer Zeit auf sich gezogen, sondern es handle sich hier um Fälle von Wucherung adenoider Substanz, welche sehr häufig Gegenstand der Behandlung seien. Diese lassen sich meist ihrem Sitze, ihrer Grösse und Form nach nur rhinoskopisch genauer bestimmen, die Entfernung derselben könne durch Cauterisationen mit Lapis und der galvanokaustischen Schlinge u. dgl. m. vorgenommen werden. Die Blutung bei operativen Eingriffen ist stets minimal, die Beschwerden unbedeutend und Recidive hat Sch. niemals beobachtet. Im Anschlusse hieran macht Sch. die Bemerkung, dass er häufig Gelegenheit hatte, Kranke an Nasenpolypen zu behandeln, welche bereits von den besten Chirurgen operirt worden waren, und gleichwohl drei- bis viermalige Recidive hatten. In solchen Fällen handelt es sich nicht um wahre Recidive, sondern es sind eben nicht alle im Nasen-Rachenraum vorhandenen Polypen exstirpirt worden und die restirenden, allerdings zur Zeit der Operation kleineren, täuschen später, nachdem sie durch fortgesetzte Wucherung den grössten Theil der Nasenhöhle ausgefüllt haben, ein Recidiv vor.

Herr Dr. Glück bemerkt, dass er die Entfernung derartiger Wucherungen mehrmals mit günstigem Erfolge mit dem Voltolinischen Messer vorgenommen habe.

Herr Prof. Stoerk hebt gegenüber den Bemerkungen Prof. Weinlechner's hervor, dass seine Angaben über das Nichtrecidiviren der Neugebilde im Nasen-Rachenraume und über ihre Operation sich, wie ausdrücklich hervorgehoben, nur auf die sog. adenoiden Wucherungen beziehen.

Hierauf hielt Herr Apotheker Grohss seinen angekündigten Vortrag: Ueber Gelatine-Präparate mit Demonstration. G. demonstrirt eine Reihe von Gelatin-Präparaten, welche er nach eingehenden diesbezüglichen Experimenten verfertigt, und die von verschiedenen Aerzten bei ihrer Verwendung sich als brauchbar erwiesen haben. G. hat seiner Gelatinmasse verschiedene Formen gegeben, und dieselben mit den von Aerzten gewünschten Arzneikörpern imprägnirt, um ihre Anwendung in der Praxis zu ermöglichen. Die nennenswerthesten davon sind: Die Gelatinmandeln, welche in ihrem Innern gepresste frische Flores Kousso, Chinin u. s. w. enthalten, und von denen besonders die Chininmandeln für die Kinderpraxis empfehlenswerth sind, weil sie sehr schlüpfrig sind und von den Kindern fast unwillkürlich verschluckt werden. Ferner Suppositorien mit Morphium, Extr. aloës u. s. w. versehen, welche leicht zerfliessen, jedoch nicht so wie die von Cacaobutter in der Hand schmelzen. Einer besonders häufigen Anwendung erfreuen sich die Gelatin-Vaginalkugeln von Gr., welche verschiedene Adstringentia allein oder im Vereine mit Morphium enthalten und statt der lästigen Einspritzungen bei Scheidenflüssen ihre Verwendung finden. Gelatinbougies, deren es zwei Arten gibt, urethrale und nasale. Die ersteren sind nach v. Sigmund's Vorschrift mit Zink, Tannin, Cuprum etc. imprägnirt, letztere enthalten nach Schrötter's Angabe Nitras argenti, Salicyl-, Carbolsäure oder andere Adstringentia. Amylnitritkugeln, welche in ihrem Innern je nach Angabe 2, 3, 4 Tropfen Amyl-

Digitized by Google

nitrit enthalten. Die genannten Gelatin-Präparate können längere Zeit, ohne zu verderben, aufbewehrt werden, und zeichnen sich vor anderen ähnlichen Präparaten durch ihre Billigkeit aus.

Dr. Jurié bemerkt hierzu, dass er die Bougies für die Urethra angewendet habe, dass sie sich aber nicht vollständig lösen, so dass in der Harnröhre ein Rückstand bleibt, welcher dieselbe reizt. Dagegen fand er die Suppositorien für den Mastdarm sehr brauchbar.

Prof. Schrötter bemerkt, dass er wegen der Gefährlichkeit grösserer Amylnitritmengen die Einführung einer genauen Begrenzung der Dosis durch die Amylnitritkugeln für sehr praktisch halte. Er spricht sich ferner sehr lobend aus über die Verwendbarkeit der Gelatinmandeln, welche Chinin enthalten, in der Kinderpraxis.

Hoffmann bemerkt, dass er die Gelatin-Präparate von Grohss fast 4 Jahre verwende, und zumeist die Suppositorien in Anwendung gezogen habe bei Blennorrhoea vaginae. Dieselben haben vor den Cacaosuppositorien den Vortheil, dass sie länger haltbar und leichter einzuschieben sind; sie üben jedoch einen Reiz auf die Scheide aus, dadurch, dass sie sich nicht vollständig lösen. Auch die Globuli, welche Grohss für die Vagina angefertigt, fanden sich sehr brauchbar; dagegen musste von dem Gebrauche der Bougie, welche Gr. zum Einführen in den Cervix uteri angefertigt hatte, abgestanden werden.

Prof. Stoerk erwähnt, dass er die Bougie für die Nasenhöhle besonders für die Fälle sehr empfehlen müsse, in welchen Einspritzungen in die Nasenhöhle absolut nicht vertragen werden, indem sie Tubarkatarrh u. s. w. hervorrufen. Beim Gebrauche derselben ist es gut, die Nase zu verstopfen, weil sonst die verflüssigte Masse abfliesst.

359. Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn. Medicinische Section. Sitzung vom 22. Jänner 1877.

Prof. Rühle zeigt das Herz einer Frau vor, welches auf der Tricuspidalklappe einen kirschrothen Tumor von weicher, z. Th. erweichter Beschaffenheit trägt, der wohl hauptsächlich aus Gerinnselmassen besteht. Das Endocardium ist an allen anderen Stellen normal, ebenso das Herzvolumen. Andere Organe boten nichts Abnormes, nirgends waren embolische Vorgänge zu finden. In der rechten Lunge bestand alte Cirrhose im Oberlappen und Residuum frischer Pneumonie im Unterlappen. Bei Lebzeiten war ein septisches Fieber vorhanden. Die Temperatur schwankte von 37 bis nahe 42. Salicylsäure und Chinin hatten nur wenig Einfluss.

Sodann spricht derselbe über Myocarditis chronica. Meist aus rheumatischen Ursachen hervorgehend, zeigen ihre Producte sich vorzugsweise in der Musculatur des linken Ventrikels, als mehr oder weniger ausgebildete Narbenstellen, neben verschieden verfärbten, trüben, verwaschen graugelben Nestern. Meist ist die Wandung des Ventrikels verdickt. Die Haupterscheinungen bei Lebzeiten sind Volumzunahme des Herzens, besonders nach links, mit verminderter Action und constant irregulärem Typus, dabei beschleunigte Contraction. Die Pulse dem entsprechend irregulär in den verschiedensten Typen. Zuweilen werden noch kräftigere Wellen zwischen schwächeren oder ganz ausbleibenden wahrgenommen. Digitalin bringt darin einige Aenderung, doch keine vollständige Regulirung zu Stande und dem entspricht der Verlauf, der wohl viele Jahre in Anspruch nehmen kann, aber trotz mancherlei Besserungen durch zweckmässige Behandlung progressiv zur Herzparalyse und ihren bekannten Folgen, der chronischen Hyperämie aller Organe, dem Hydrops in allen Formen, und somit zum Tode führt.

Digitized by Google

Prof. Koester: Ueber Plethora universalis. Auf Grund von Obductionen apoplektiform oder plötzlich Verstorbener, bei denen stets eine ganz aussergewöhnliche Hyperämie sämmtlicher oder fast sämmtlicher Organe und Gewebe, also nicht etwa eine nur abnorme Blutvertheilung, eine strotzende Füllung der Gefässe mit dunklem dickflüssigem Blute und eine meist beträchtliche Herzhypertrophie, für welche keine der gewöhnlichen Ursachen existirte, gefunden wurde, stellt der Vortragende eine selbstständige Plethora universalis s. vera, d. h. eine absolute Vermehrung der Gesammtblutmasse als eigene Krankheit für sich auf. Die Herzhypertrophie, die theils auf beiden Seiten gleich gross, theils linkerseits überwiegend war, muss als eine functionelle durch die vergrösserte Blutmasse verursacht zu betrachten sein. Fettige Degeneration der Herzmuskeln, interstitielle Myocarditis oder sonstige Metamorphosen fehlten absolut. Die Dickflüssigkeit des Blutes spricht für eine zu der Plethora sich hinzugesellende oder vielmehr durch sie und Hypertrophie verursachte Polycythämie. Wenn nicht etwa Ruptur eines grösseren Gefässes oder rasch entstehende Oedeme den Tod herbeiführen, so tritt dieser unter den Erscheinungen plötzlich gesteigerten Hirndruckes (apoplektiform) ein. Hiermit stimmt der Mangel an Hyperämie auch des Gehirns überein. Die Gelegenheitsursachen des Todes sind gewöhnlich Verhältnisse, unter denen eine plötzliche Blutdrucksteigerung und namentlich im Gehirn plausibel ist, z. B. eine starke Mahlzeit, kräftige Bauchpresse beim Stuhlgang oder beim Erbrechen, oder Genuss von Wein, Thee, Gemüthsaufregung u. dgl. — Ein Vergleich mit Fällen, die man in letzterer Zeit unter dem Namen der Herzüberanstrengung zu betrachten pflegt, liegt nahe und ergibt, dass viele in das Capitel der Plethora universalis gehören. (Deutsche medic. Wochenschr.)

360. Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien. Sitzung vom 28. Februar 1877.

Herr Prof. E. Hoffmann demonstrirt: 1. Eine zuckererbsengrosse Cysticercusblase an der Unterfläche des Pons Varoli, der Mitte des linken Randes der Art. basilaris aufsitzend. Der Fall betraf einen 23jährigen Dienstmann, welcher am 26. Februar Morgens auf dem Gesichte liegend in seinem Bette todt gefunden wurde. Derselbe hatte an häufigen epileptischen Anfällen gelitten, die insbesondere fast jede Nacht sich einstellten. Auch in der letzten Nacht waren solche Krämpfe aufgetreten, da die Nachbarn durch die dünne Kammerscheidewand hörten, wie der Betreffende, wie fast allnächtlich, wieder mit sich herumschlug. Die Obduction ergab ausser dem Cysticercus an dem Pons Hyperämie des Gehirns und der Lungen und allgemein dunkelflüssiges Blut.

2. Ein selten grosses Aneurysma des oberen Endes der Arteria vertebralis sinistra. Dasselbe fand sich in der Leiche eines 10jährigen Mädchens, welches, ohne früher irgend welche Krankheitserscheinungen gezeigt zu haben, am 22. Februar plötzlich zusammenstürzte und unter Convulsionen in einigen Augenblicken starb. Die Section ergab als nächste Todesursache eine über die ganze Hirnoberfläche ausgebreitete Haemorrhagia intermeningealis und als Ursache dieser das genannte Aneurysma, welches in seiner oberen und vorderen Fläche auf 0·3 Ctm. eingerissen war. Das Aneurysma stellt eine schlaffwandige, schlauchförmige Erweiterung des Gefässrohres dar, welche eine Länge von 2·5 und eine Breite von 1·3 Ctm. aufweist. Die Wandungen sind überall dünn und durchscheinend; dasselbe verläuft entlang der Furche zwischen der linken Pyramide und Olive, der Wurzel der Nn. glosso-pharyngeus, vagus, accessorius und hypoglossus aufliegend, und endet am hinteren Rande des Pons kurz vor dem Uebergange der Art. vertebr. in die Art. basilaris. Der Vortagende bemerkt, es sei auffällig, dass, während der Cysticercus starke epileptische Anfälle hervorgerufen

Digitized by Google

hatte, das Aneurysma, obwohl viel grösser und dem „Krampfcentrum" viel näher liegend, keine solchen Erscheinungen bewirkte. Er meint, dass einestheils die Lage des Cysticercus zwischen dem knöchernen Clivus und dem darüber lastenden Gehirn, andererseits das raschere Wachsthum desselben eine stärkere Reizung verursachte als das Aneurysma, welches offenbar ganz allmälig zur Entwicklung kam, und dessen Druck sich die Oblongata eher accommodiren konnte.

Sitzung vom 28. März 1877. Herr Dr. Schlangenhausen: „Ueber epileptoide Zustände."

Anknüpfend an einen Fall, welchen Herr Dr. Höstermann gelegentlich der Besprechung des Falles Thouviot in der Sitzung des psychiatrischen Vereines vom 29. December 1875 erwähnte, führt der Vortragende Griesinger's Symptome von epileptoiden Zuständen (W. Griesinger's gesammelte Abhandlungen, Berlin. 1872), welche in Schwindelanfällen, plötzlich aufsteigender Angst, Bewusstseinspausen für einige Secunden, Lippen- und Schluckbewegungen, rasch verändertem, bald rothem, bald blassem Aussehen, einem Gefühle von Vertauben oder Absterben eines Körpertheiles, stärkeren Herzpalpitationen bestehen und welchen als Aetiologie Heredität, Traumen, empfindliche oder schmerzlose Narben, Missbrauch alkoholischer Getränke zu Grunde liegen, an.

Nach Sammt's Arbeit über die epileptischen Irrsinnsformen wären diese Fälle unter die Diagnose „Fälle von zweifelhaft-epileptischem Irrsein" oder unter die „recidivirenden psychischen Aequivalente" zu zählen. Nothnagel definirt als epileptoid, d. h. durch epileptische centrale Veränderung bedingt, jene Fälle, bei welchen paroxysménweise Erscheinungen auftreten, für deren Zustände dieselben pathologischen Vorgänge angenommen werden können, welche bei grösserer Intensität oder Ausdehnung den gewöhnlichen epileptischen Anfall hervorrufen. Die Paroxysmen mussten die Haupterscheinungen im Krankheitsbilde sein, die Sicherheit, ob Epilepsie vorliege, sei daraus zu entnehmen, dass an Stelle dieser fraglichen Anfälle, oder abwechselnd mit ihnen früher oder später echte Paroxysmen auftreten. Da es eine häufige Erfahrung jedes Irrenarztes ist, dass eine nicht unbedeutende Zahl von Fällen zur Aufnahme gebracht wird, deren klinisches Bild in den Rahmen keines der bekannten Symptomencomplexe passt und bei welchen man erst nach längerem Examen auf kurzdauernde Bewusstseinspausen oder gar nur ganz leichte Schwindelanfälle kommt, oder von welchen nur ganz kurze Zeit dauernde, jedoch paroxysmenartig auftretende Alterationen der psychischen Thätigkeit bekannt sind, so theilt der Vortragende aus den auf der psychiatrischen Klinik Meynert so häufig (so z. B. wurden im Jahre 1876 513 Epileptiker aufgenommen) zur Beobachtung kommenden Fällen von epileptischen Kranken drei Fälle mit, welche die oben erwähnten Ansichten Griesinger's und Nothnagel's in Beziehung auf ihre Symptome vollständig bestätigen und durch deren Mittheilung der Vortragende insoferne genützt zu haben glaubt, dass sich bei unklaren Fällen die Aufmerksamkeit der Fachcollegen auf obige Symptomenreihe richtet.

Die bekannten Symptome des moralischen Irrseins treten auch vor dem offenen Ausbruch mancher Geistesstörungen, namentlich vor progressiver Paralyse, seltener vor Manie, sowie während des Verlaufes mehrerer Irrsinnsformen nicht selten auf, bei den genannten, bei hallucinatorischem Irrsein, bei Epilepsie, und nur seltener treten sie so in den Vordergrund, dass sie als selbstständige Irrsinnsformen imponiren. Sie sind es aber nicht. Von vorneherein ist bei dem Baue des Gehirnes und der Mechanik seiner Thätigkeit gar nicht sich vorzustellen, wie so wichtige psychische Functionen, wie Denken und Urtheilen von krankhaft vollständig veränderten Empfindungen nicht wesentlich gestört werden sollen. Die ursprüngliche psychologische Eintheilung der Seelen-Facultäten hat wohl auf die Aufstellung eines selbstständigen Gefühls-Irrsinnes einen wesentlichen Einfluss

Digitized by Google

genommen. Untersucht man die Fälle genau, so findet man immer einen Intelligenz-Defect, eine Hemmung oder Abschwächung in der Vergleichung und kritischen Beurtheilung von vorher Erlebtem und seinen Folgen, anderseits Hyperästhesie gegen gewisse Reizeinwirkungen von aussen und rasches, wie durch Ausfall einer Hemmung beschleunigtes Ueberspringen des Reizes in die Bahnen willkürlicher Reaction. In der Regel steht das moralische Irrsein auf dem Boden des Schwachsinns, und ist nur eine Unterform desselben, wenngleich die Kranken in mancher Hinsicht oft recht befähigt und brauchbar erscheinen; und sicher sind die Fälle, welche eine Ausnahme bilden, selten und stehen dann auf dem Boden einer anderen Störung.

G. erzählt nun 3 Fälle, die seine Ansicht begründen. Der erste 17 Jahre alt, Hydrocephalus, aus sogenannter nervöser Familie, war seit früher Kindheit unfolgsam, eigensinnig, lernte schwer und kam nirgends ordentlich durch; Gedächtniss und Auffassung geschwächt. Als Handelslehrling liess er sich durch einen andern verleiten, daheim, später seinem Chef Geld zu nehmen, floh, vergeudete es in kurzer Frist mit Mädchen und verschenkte es. Strafen und Massregelungen aller Art blieben fruchtlos. Später wollte er Musiker werden, trieb Flötenspiel zum Uebermass und begann endlich excessiv zu werden, bekam Gehörshallucinationen, die sich auf seine Selbstüberschätzung bezogen. Erst jetzt erkannte man den von Kindheit auf hochgradig schwachsinnigen Menschen für geisteskrank.

Der zweite Fall, 22 Jahre alt, stammt aus einer geisteskranken Familie, ein Bruder scrophulös, einer leidet an Beinfrass der Wirbelsäule, einer apathisch; er selbst hatte in der Kindheit Fraisen, blutarm. Später erholte er sich körperlich, lernte gut, aber immer renitent, aufgeregt, reizbar, ja gewaltthätig, wenn sein Wille nicht geschah. Nach den verschiedensten Existenzversuchen, wobei er sich in verschiedenen recht brauchbar erwies, nach Excessen daheim und im Gasthause kam er in die Anstalt. Genaue Untersuchung zeigt Schwachsinn merklicher Art in der Beurtheilung einer Reihe von Thatsachen, Reizbarkeit, Willensschwäche.

Ein dritter Fall betrifft einen 20jährigen Jüngling mit auffälligem Hochschädel in Folge Zangengeburt, dadurch sehr deformem Schädel, Ohren klein, Läppchen angewachsen. Als kleines Kind kränklich, lernte er erst mit 4 Jahren gehen. Fleissig, folgsam, sehr tüchtig, so dass er wiederholt hervorragende Auszeichnungen bekam, wurde er vom 12. Jahre an widerspenstig, eigensinnig; um die Zeit soll nach Angabe seiner Angehörigen die vordere Fontanelle erst verwachsen sein. Er lernte zwar noch gut, aber ungleichmässig, beging mehrfache, ganz unsinnige Streiche, fing zu trinken an, lieh auf den Namen seiner Eltern Geld; in ein paar Handelsgeschäften sehr belobt beschäftigt, hielt er nicht lange aus, defraudirte in angeblicher Verwirrung Geld und kam in gerichtliche Abstrafung. Die Reizbarkeit nahm immer mehr zu, Excesse und Gewaltthätigkeiten traten hervor, so dass er endlich als krank erkannt wurde und in die Anstalt kam. Nach Monaten ruhiger, entfloh er und von einer Verletzung kaum hergestellt, vergeudete er in einer Kaffeeschänke all sein Geld, schrieb wieder im Namen seines Vaters um Geld, excedirte u. s. w., und kam wieder in die Anstalt. Derselbe soll öfters Schwindelanfälle gehabt haben, die aber in der Anstalt nicht beobachtet wurden. Dieser, wie die meisten derartigen Kranken finden die Schuld ihrer Excesse und Vergehen, namentlich während der Aufregung, in der Umgebung, den Angehörigen, den Aerzten. Man verfolge sie, man widerspreche ihnen, man maltraitire sie u. dgl. Hier zeigte auch dieser letzte Kranke, trotzdem er sich in verschiedenen Schreibgeschäften sehr verwendbar dargestellt, Schwachsinn nach verschiedener Richtung in seinem Urtheile, Abschwächung seines Willens, Störung seiner Erinnerung, hohe Reizbarkeit; möglicherweise hatte man es hier mit einer epileptiformen Erkrankung zu thun.

Digitized by Google

In der darnach sich entspinnenden Debatte macht Prof. Meynert auf den Reichthum von oft scheinbar zutreffenden Motivirungen ihrer Handlungen durch solche Kranke aufmerksam, stimmt dem Vortragenden bei, dass dies moralische Irrsein nie für sich bestehe, und glaubt, dass der zuletzt geschilderte Fall ein epileptoider sei.

Ruben macht aufmerksam, dass wiederholte Schwindelanfälle in diesem Falle vorgekommen sein sollen, und die Gerichtsärzte denselben für einen epileptoiden hielten.

361. Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin.

Sitzung vom 9. Jänner 1877.

Herr Paalzow theilt folgenden Geburtsfall mit: Am 30. October wurde er zu einer 29jährigen Primipara gerufen, die bereits am vorigen Tage das Fruchtwasser verloren hatte. Beckenmasse: Sp. 24,5, Cr. 25, Conj. ext. 19,5, Conj. diag. = 9,75, Obl. s. = 17, Obl. dext. = 21 Ctm., Proc. spin. des letzten Lendenwirbels bis sp. post. sup. rechts = 1.5, links = 4 Ctm. Promontorium nach links verschoben; auch der Querdurchmesser des Beckeneingangs erscheint bei der innern Untersuchung verengt. Kopf in II. Schädellage im Beckeneingang fixirt. Krampfwehen. Puls 100. Wiederholte Morphiuminjectionen. Am 31. October trat der Kopf in Querstellung mit tief gesenktem Hinterhaupte in's Becken, Morphiuminjectionen, Senfteige wegen noch bestehender Krampfwehen. Am 1. November Nachmittags begann die Kreissende zu fiebern, die Herztöne waren um diese Zeit nicht mehr zu hören. Gegen Abend dieses Tages wurde bei 6 Cm. weitem Muttermunde eine Ruptur des Uterus nachgewiesen und unter Assistenz von 3 Collegen die Verkleinerung des Kindeskopfes durch Perforatorium und Cranioclasten sowie die Mesnard-Stein'sche Zange ausgeführt, worauf endlich mit grosser Mühe durch Kephalothryptor und stumpfem Haken das Kind extrahirt wurde. Placenta wurde manuell entfernt und dabei wieder eine rechtsseitige Ruptura uteri im untern Segment constatirt; man gelangte hier in eine Peritonealtasche, die in ihrem Sitze einem schon inter partum äusserlich gefühlten Tumor entsprach. Irrigation des Uterus und der Scheide mit Carbollösung. Collodiumverband. 3 Tage lang Eisblase. Nach Abnahme des Collodiumverbandes am 17. November fand sich äusserlich nachweisbar ein Exsudat rechts aus dem Becken bis zur spin. ant. super. hinaufreichend. Dieser Tumor perforirte am 19. November in die Blase, am 8. December auch ein solcher, der sich links vom Uterus gebildet hatte. Es begann darauf die Reconvalescenz, und Herr Paalzow konnte die Patientin in der Sitzung vorstellen.

Sitzung vom 23. Jänner 1877.

I. Herr Benicke demonstrirt *a)* eine an einem Neugeborenen vorgefundene, etwa hühnereigrosse Struma. Das Becken der Mutter war ein kyphotisch-rhachitisches. — Mutter leidet ebenfalls an Struma. *b)* Magen und Darm eines Kindes, welches am zweiten Lebenstage unter blutigem Erbrechen und blutigen Ausleerungen gestorben war. Im Duodenum, dicht unter dem Pylorus findet sich ein perforirendes Geschwür. Kleine Gerinnsel in der Nabelvene sprechen für Landau's Ansicht, dass Thromben die Ursache der Ulcera sein können.

Herr Schröder spricht über die Entstehung der Blutung bei Placenta praevia.

Die Ansicht von Duncan, dass die Placenta sich ablöst in Folge transversaler Dehnung des inneren Muttermundes und der benachbarten Partien, durch welche Dehnung die Ansatzstelle grösser würde, während die Placenta gleich gross bliebe, scheint dem Vortragenden weder für alle Fälle zuzutreffen, noch nothwendig Blutung zu machen. — Bei normalen Geburten und rechtzeitigem Blasensprung muss sich in der Eröffnungsperiode das Ei theilweise von der

Digitized by Google

Wand ablösen, und letztere sich nach oben über das Ei zurückziehen. Diese Trennung erfolgt in der Regel in der Decidua; manchmal aber auch zwischen Chorion und Amnion. In diesem Falle reisst das Chorion, bleibt an der Uteruswand sitzen, und das Amnion bildet allein die Blase. Nach Ausstossung des Eies findet man beide getrennt. Nach einer von Herrn Schülein zusammengestellten Statistik waren an 175 Placenten 40 mal beide Häute völlig, 33 mal theilweise getrennt.

Wenn nun bei Placenta praevia centralis das Ei intact bleibt, so muss sich der innere Muttermund an der Placenta heraufschieben, und in Folge dessen wird der vorliegende Lappen scheinbar immer grösser. Eine Trennung zwischen Amnion und Chorion laeve ist wegen der tiefen Lage der Nabelschnurinsertion meist unmöglich. Sobald aber die Blase springt, zieht sich die Uteruswand nicht mehr an der Placenta herauf, sondern letztere geht mit hinauf. Daraus ergibt sich für die Therapie, dass die möglichst frühe Sprengung der Blase das sicherste Blutstillungsmittel sein muss, und in der That hat dieses Verfahren die besten Resultate gegeben. Dass die Blutung durch Compression von Seiten des vorliegenden Theils gestillt würde, ist unrichtig. In einigen in der Anstalt behandelten Fällen stand die Blutung nach Sprengung der Blase sofort, obwohl nur ein Schenkel im Muttermunde lag, welcher gar nicht tamponirte. Die möglichst frühzeitige Entbindung, eventuell das Accouchement forcé sind zu widerrathen, weil der Cervix bei Placenta praevia wohl dehnbar, aber auch leicht zerreisslich ist.

Herr Benike hat unter 12 in der Stadt behandelten Fällen 9 mal die Blase frühzeitig gesprengt, dann durch combinirte Wendung einen Fuss eingeleitet, und nun den weiteren Verlauf abgewartet; alle 12 Frauen blieben am Leben, von den Kindern lebten 4.

Herr A. Martin hat 41 Fälle operativ beendet, und in der letzten Zeit das beschriebene Verfahren als das sicherste befunden. Die Sprengung der Blase sei auch deshalb zu empfehlen, weil man den Nachtheilen der Tamponade, besonders einer Infection durch dieselbe entgehe. Der Cervix sei nicht immer leicht dilatabel; so habe er einmal bei Entwicklung des nachfolgenden Kopfes einen Einriss entstehen sehen, aus welchem die Frau sich verblutete. Kleinwächter's Rath, die Placenta weit abzulösen und dann Eiswaser zu injiciren, habe er nur einmal und mit schlechtem Resultate befolgt. Nach der Geburt des Kindes sei die Placenta sofort zu entfernen. Gegen Nachblutungen rühmt er die Injectionen von heissem Wasser (53 Gr. C.) in den Uterus.

Herr Jaquet spricht sich ebenfalls für frühzeitiges Sprengen und combinirte Wendung aus.

III. Herr Orth spricht über das Wachsthum der Placenta foetalis und Boll's Princip des Wachsthums. Die Placentazotten bestehen aus einem bindegewebigen Grundstock (aus fötalem Schleimgewebe gebildet), aus capillaren Gefässschlingen und einer einfachen Epithelschicht, welche nicht aus abgrenzbaren Zellen, sondern aus einer gleichmässigen Protoplasmaschicht mit Kernen besteht. Dieses Epithel verdickt sich an einzelnen Stellen zu Buckeln und kolbenförmig gestielten Auswüchsen, welche durch weitere Auswüchse brückenartig mit einander in Verbindung treten. — Im Innern dieser Auswüchse bilden sich Höhlungen, welche zusammenfliessend schliesslich das ganze Innere der einzelnen Sprossen aushöhlen und somit einen Raum bilden, in welchen Bindegewebe und Gefässe hineinwachsen. Dieser Vorgang widerspricht Boll's von dem Wachsthum der Drüsen, besonders der Hühnchenlunge hergeleitetem Satze, dass „das Wachsthum bei höheren Thieren niemals als die Function eines einzigen Gewebes, sondern stets als die combinirte Action verschiedener Gewebe auftrete".

Herr C. Ruge widerspricht der Ansicht des Vorredners. Die Vacuolenbildung in den Epithelauswüchsen sei ein Zeichen dafür, dass letztere vollständig

Digitized by Google

zu Grunde gehen würden. Zotten entständen daraus nur in den Fällen, in welchen die Gefässe sich durch ihr Hineinwachsen ihren Platz schafften. Manchmal reiche in den späteren Monaten das Epithel zur Bekleidung nicht aus. Im 7., 8. Monate finde man die Epithelauswüchse seltener und zuletzt nicht mehr, obwohl noch Zottenbildung vor sich gehe.

Herr Orth hält an seiner Anschauung fest und behauptet, dass auch in den späteren Monaten die Bildung solcher Epithelauswüchse wahrzunehmen sei.

362. Sechster Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. F. Winkel, (Dresden): Bemerkungen zu einem Falle von Hydronephrose einer beweglichen Niere, welche durch Anlegung einer Nierenbeckenfistel geheilt wurde.

Im Jahre 1866 schlug Gustav Simon vor, cystische Tumoren der Unterleibshöhle, welche nicht exstirpirt werden könnten, durch Einstechen von Carlsbader Nadeln zur Verwachsung mit der vorderen Bauchwand zu bringen und nachher durch eine Incision von aussen zu eröffnen. Er empfahl dieses Verfahren besonders auch für Hydronephrosen und hat dasselbe bis zu seinem Tode 2 Mal bei solchen Nierenerkrankungen angewandt. Den einen der beiden Patienten, bei welchem er eine Nierenbeckenfistel angelegt hatte, stellte er auf dem ersten Chirurgencongress in Berlin 1871 vor. In dem zweiten Theil von Simon's Chiurgie der Nieren ist dieser Patient abgebildet. Bei Besprechung dieser Fälle erwähnt Simon ebendaselbst, dass Hydronephrose noch nie bei einer Wanderniere beobachtet worden wäre. Diese Angabe veranlasst mich, dem Chirurgencongress eine Kranke vorzuführen, deren Operation und jetziger Zustand in mehrfacher Beziehung geeignet erschien, die Beobachtungen Simon's zu bestätigen, zu ergänzen und zu erweitern:

Die Patientin, 21 Jahre alt und im Juni 1876 zum ersten Male leicht entbunden, hatte, bis auf einen etwas starken Leib früher immer gesund, seit der Mitte ihrer Gravidität in der Gegend zwischen Spina anterior superior dextra und Nabel die Entstehung einer Geschwulst bemerkt, welche nach der Entbindung allmälig immer mehr gewachsen war. Anfangs October 1876 reichte dieselbe bis zum Beckeneingang herab, war nach oben nicht von der Leber zu kennen, befand sich hauptsächlich rechts, nur um 8 Ctm. die Mittellinie überragend. Ueberall deutlich fluctuirend, zeigte sie einige flache Prominenzen an ihrer sonst glatten Oberfläche. Rechts oberhalb des Nabels an einer kleinen Stelle ergab ihre Percussion tympanitischen Ton. Ueber dem Introitus pelvis konnte man mit einiger Mühe bis an die Wirbelsäule eindringen und den Tumor sicher von den inneren Genitalien abgrenzen. Demnach konnte nur an eine Hydronephrose oder an Echinococcus hepatis gedacht werden. Die durch Punction entleerte, 2500 Grm. betragende, schwach gelbliche Flüssigkeit enthielt mikroskopisch untersucht gar keine geformten Elemente; chemisch wurden in ihr Serumalbumin mit Paralbumin, etwas Zucker, viel Kochsalz, Bernsteinsäure als Natronsalz — aber keine Spur von Harnstoffen gefunden. Es schien demnach der Befund mehr für Echinococcus zu sprechen und wurde, da das Verfahren bei beiden Arten von Geschwülsten dasselbe ist, Ende December v. J. durch 4, mittelst einer Bleiplatte fixirte, feine Troicarts der Tumor punctirt, täglich eine Menge von 100 Gramm fast völlig farbloser Flüssigkeit aus demselben abgelassen und, nachdem aus dem Abfliessen des Inhalts neben den Troicarts die Verwachsung erkannt war, von dem oberen der Troicarts bis zum unteren in einer Länge von 8—10 Ctm. die mit den Bauchdecken verwachsene Partie der Geschwulst durchgeschnitten. Die entleerte Flüssigkeit enthielt viel Eiter und als der Sack sich immer mehr entleerte, entstand eine sehr bedeutende arterielle Blutung, die, wie sich beim Betasten des Tumors bald ergab, aus noch secernirendem, an der vorderen Wand etwa 1 Ctm. dick durchschnittenem

Digitized by Google

Nierengewebe, also offenbar aus durchschnittenen Glomerulis herrührte. Mit den Fingern fühlte man die Nierenkelche sehr deutlich, es wurde also die Angabe von Simon bestätigt, dass in einzelnen Fällen die Diagnose der Hydronephrose nur durch Betastung der Innenfläche des Tumors und Erkennung der Nierenkelche sicher festzustellen ist.

Zur Bekämpfung der bedeutenden Blutung und um eine Nierenbeckenfistel nach Simon's Vorschlag herbeizuführen, umstach ich nun von der Innenfläche des Tumors aus nach oben, rechts, links und unten in einer Breite von 3 Ctm. die Geschwulst so, dass die äussere Haut mit dem innern Wundrand verbunden, nach innen eingestülpt wurde, und nachdem eine handbreite dicke Salicylwattencompresse auf die Geschwulst gelegt war, wurde dieselbe fest gegen die Wirbelsäule durch Circulartouren comprimirt. Die ganze Operation war unter allen antiseptischen Cautelen ausgeführt worden.

Zwar hatte die aus der Narkose erwachte Patientin in Folge der starken Zwerchfellsverschiebung bedeutende Dyspnoë, allein die Blutung stand und nach 2 Tagen konnte der Verband ohne Erneuerung der Blutung abgenommen werden. Die weitere Reaction war sehr gering, das Secret nahm allmälig ab, die Eitermenge vermindert sich, in dem klareren Fluidum wurden nun geschwärzte (Nierenbecken-) Zellen und Ammoniaksalze gefunden und Patientin fieberte nur dann, wenn das Secret nicht leichten Abfluss fand. Die sehr rasch eintretende bedeutende Verkleinerung des Tumors, die damit erfolgende Einziehung der Oeffnung erhöhte indess die Neigung zur Retention, selbst wenn Patientin sich bewegte und auch ausser Bett war, und zwang mich, da das aufgelegte Drainrohr in der Tiefe immer comprimirt wurde, zur Construction eines Apparates, welchen die Patientin noch jetzt trägt. Dieser besteht aus einer anfänglich 10 Ctm. langen, der Richtung des Nierenbeckens entsprechend gekrümmten Hartgummiröhre, die vielfach mit weiten Oeffnungen versehen ist, an ihrer Oberfläche mit einer auf den Bauchdecken liegenden 4 Ctm. im Durchmesser haltenden Platte endet, durch welche sie mittelst eines Gummibandes um den Leib befestigt wird. Ein kleiner Gummibeutel fängt über diese Platte gezogen das Secret beim Gehen der Patientin auf. Die Nothwendigkeit dieses Apparates ergab sich einmal daraus, dass wenn auch bei aufrechter Stellung der Patienten aus ihrer Nierenbeckenfistel nichts abfloss, nach Einführung der Canüle in wenigen Minuten sich eine nicht unerhebliche Menge eitriger Flüssigkeit entleerte; andrerseits schien es nicht gerathen, die Fistelöffnung, wie Simon dies that, nochmals zu erweitern, da ja an der vordern Bauchwand wieder Nierenparenchym zu durchschneiden gewesen wäre und der Tumor sich in kurzer Zeit ausserordentlich verkleinert hatte, so dass kaum eine Dämpfungsbreite von 3—4 Ctm. nachzuweisen war. Mit diesem Apparat bewegt sich nun Patientin, kann sich bücken, arbeiten ohne Schmerzen und ist seit Monaten während sie ihn trägt fieberfrei. — Es werden daher in dieser Beziehung durch vorliegenden Fall die Rathschläge Simon's ergänzt und erweitert. Ausserdem lehrt derselbe, dass, wenn bei der Patientin eine Wegsammachung des verschlossenen Harnleiters, die von der Fistel aus resp. von der Blase aus demnächst zu versuchen wäre, nicht gelänge, und das Tragen des Apparats resp. die jetzt geringe Absonderung von circa 150—200 Grammen pro Tag der Patienten auf die Dauer zu lästig werden sollte, man die Exstirpation des sehr geschrumpften Tumors von der Bauchdecke aus zu machen hätte, worauf Simon in seinem genannten Werke auch schon hingewiesen hat.

Am interessantesten aber dürfte dieser Fall dadurch sein, dass es sich offenbar um Hydronephrose einer rechtsseitigen Wanderniere gehandelt hat. Zu dieser Diagnose wird man nämlich gebracht, erstlich durch den Umstand, dass man vom Beckeneingang aus unter der Geschwulst bis an die Wirbelsäule kommen konnte; ferner durch die Thatsache, dass die bei rechtsseitiger gewöhn-

Digitized by Google

licher Hydronephrose constante Vorlagerung des Colon ascendens und des Magens hier völlig fehlte; dann durch den Nachweis, dass in der vordern Wand des Tumors noch eine so dicke Schicht scheinbar normalen Nierengewebes sich befand, während bekanntlich bei einer fixirten Hydronephrose die Nierenplatte an der hintern Bauchwand liegt, bei der Hydronephrose einer Wanderniere dagegen eben so gut vorn und seitlich sein kann. Ferner spricht auch die Lage der Nierenbeckenfistel, die dem Nabel viel näher ist als in dem Simon'schen Falle, wo sie sich mehr in der Lumbalgegend befand, für jene Auffassung, die weiterhin noch durch die concentrische Verkleinerung des Tumors um die Fistel herum, sowie durch die allseitige Umgebung desselben mit tympanitischem Tone und endlich durch die beim Aufstehen der Patientin erfolgende Vor- und Abwärtssenkung der Bauchhaut mit der Fistelöffnung unterstützt wird; dabei kann man den restirenden Tumor jetzt etwa in der Grösse eines Borsdorfer Apfels von allen Seiten umgreifen, — Beobachtungen, welche alle zusammen nur durch die Annahme der Hydronephrose einer Wanderniere leicht und einfach zu erklären sind.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass das subjective und objective Befinden der Patientin ein sehr gutes ist. Schlaf, Appetit, Verdauung und Kräftezustand sind recht befriedigend. Die Urinmenge ist die normale, der Urin frei von Eiweiss und Zucker. Stark gefärbte Flüssigkeiten in die Nierenbeckenfistel eingegossen dringen natürlich, auch wenn man den Katheter lange in der Blase liegen lässt, nicht in diese ein. Die Tiefe der Fistel, welche Anfangs 11 Ctm. betrug, ist jetzt bereits auf 6 Ctm. verringert.

Vorläufiger Bericht über die innerhalb der letzten drei Jahre in der chirurgischen Klinik zu Halle stationär oder poliklinisch mit Hilfe der antiseptischen Methode behandelten schweren Operationen und schweren Verletzungen, zusammengestellt durch die Herren R. Volkmann und Paul Kraske. Derselbe bezieht sich auf die Zeit vom 1. März 1874 bis 1. März 1877. Es fehlen in demselben aber z. B. die Gefässunterbindungen, Geschwulstoperationen, schweren Handverletzungen, Operationen mit Eröffnung der Bauchhöhle etc. Die Gesammtzahl der innerhalb dieser 3 Jahre stationär und poliklinisch behandelten Kranken beläuft sich auf circa 10,000, die der vorgenommenen grossen Operationen und behandelten schweren Verletzungen überschreitet die Zahl von 1000 wohl um ein Erhebliches. Amputationen und Exarticulationen. A. Nicht complicirte Fälle. 1. Exarticulatio humeri 4 Fälle, 1 nach 4 St. gest. 2. Amputatio humeri 14 Fälle, 0 gest. 3. Amputatio antibrachii 23 Fälle, 0 gest. 4. Exarticulatio manus 3 Fälle, 0 gest. 5. Exarticulatio femoris 2 Fälle, 1 gest. 4 St. nach der Operation. 6. Amputatio femoris 42 Fälle, 1 gest. nach 24 St. Verletzungen der Weichtheile bis über die Hinterbacken. 7. Amputatio cruris 25 Fälle, 1 gest. an habituell. Erysipel. 8. Partielle Fussamputationen 26 Fälle, 0 gest. Summa sämmtlicher (nicht compl.) Amputationen 139, davon gest. 4 = 2,87 Proc. B. Complicirte Fälle. I. Doppelamputationen 9 Fälle, 2 gest. und zwar Carl Wede, 49 Jahr, primär traum., beide Oberschenkel, gest. am 3. Tage unter Collapserscheinungen, Wunde aseptisch, und Heinrich Bergmann, 23 Jahr, pr. tr., beide Oberschenkel, gest. nach wenigen Stunden. II. Schwere multiple Verletzungen 6 Fälle, sämmtlich gestorben: 1. Kiessler, 54 J., Rippenbrüche in grosser Zahl, Fractur des Sternums, pr. tr. Oberarmexarticulation, innerhalb der ersten 24 St ; 2. Wiedau, 14 J., Kopfwunde, Commotio cerebri. Subcutane Fractur des einen Oberschenkels, pr. tr. Amputation des andern, nach 40 St.; 3. Meyer, $2^1/_4$ J., schwere Quetschung des Bauches, pr. tr. Amput. des Oberschenkels, bleibender Collaps, am 4. Tage, keine Sepsis, Wunde primär verbacken; 4. Reiche,

Digitized by Google

67 J., Multiple Rippenbrüche, grosser Hämothorax, rechts pr. tr. Pirogoff, Oberschenkelamput. links, nach 7 St.; 5. Bössenroth, 22 J., Fissur des Stirnbeins, Rippenbrüche, pr. tr. Amput. beider Oberschenkel, nach 11. St.; 6. Auguste Harnisch, 73 J., pr. tr. Amput. des Oberschenkels, schwere Handverletzung, conservativ behandelt, am 14. Tage an Tetanus (Oberschenkelwunde bis auf den vorderen Lappenrand prima verheilt). III. Septisch oder pyämisch eingebrachte Kranke. 1. 57jähr. Mann mit schwerer progred. Sehnenscheideneiterung nach Panaritium und Septicämie eingebracht. Amputatio antibrachii, gest. nach 2 Tagen. 2. 38jähr. M. sept. Gangrän des Armes nach compl. Luxation der Ulna. Amputatio humeri, geheilt. 3. 40jähr. M. Traumat. Gangrän des Armes, Vereiterung der Sehnenscheiden und des intermusculären Bindegewebes, mehrere Schüttelfröste. Amput. humeri, geheilt. 4. 48jähr. M. Progred. sept. Phlegmone von Handverletzung ausgehend. Exarticulatio humeri, gestorben nach 3 Tagen. 5. 42jähr. M. Septisch mit acut purul. Oedem am 2. Tage nach Ueberfahrung des Beins eingebracht. Amput. cruris, später femoris, gest. am 8. nach der 2. Amput. 6. 14jähr. M. Seit 19 Wochen best. Weichtheilsverletzung Pyämie; Amput. cruris, geheilt 7. 41jähr. M. Eisenbahnverletzung, septisch mit brandigem Emphysem aufgenommen; Amput. femoris, gest. nach 36 St. an fortschr. brand. Emphysem. 8. 38jähr. M. mit Totalgangrän nach compl. Unterschenkelfractur aufgenommen. Amput. femoris, gest. nach 48 St. an fortschr. Gangrän. 9. 19jähr. M. Pyämische Osteomyelitis tibiae, Knievereiterung. Amput. femoris, geheilt. 10. 46jähr. M. Traum. Gangrän des Unterschenkels, gasig jauchige Phlegmone um das Kniegelenk. Amput. femoris, geheilt. 11. 65jähr. M. Knieeiterung, Septicämie. Amput. femoris, gest. am 5. Tage. 12. 13jähr. M. Compl. Unterschenkelfractur, progr. sept. Phlegmone Amput. femoris, geheilt. 13. 49jähr. M. Embolische Totalgangrän des Beins, Pyämie. Amput. femoris, gest. am nächsten Tage. 14. 25jähr. Mädchen Progr. Phlegmone und Gangrän nach Weichtheilsverletzung an der Hand und Vorderarm. Exarticulatio humeri, gest. nach wenigen St. 15. 60jähr. Mann. Leicheninfection am Finger, acut purulentes Oedem. Amput. humeri, geheilt. Summa der septisch oder pyämisch eingebrachten Amputirten 15, davon gestorben 8 = 52,33 Procent. IV. Todesfälle an intercurrenten, nicht mit der Wunde in directem Zusammenhange stehenden Krankheiten. Drei Fälle. 1. 60jähriger Mann. Amput. cruris. Wunde aseptisch. Delirium tremens. 2. 17jähr. Mädchen. Amput. femoris wegen tuberculöser Knievereiterung. Am 21. Tage bei, bis auf eine kleine granulirende Stelle, verheilter Wunde an genuiner Pneumonie (Diagnose des pathol. Institutes) gest. 3. 24jähr. Mädchen. Progrediente Phlegmone nach Panaritium; Amput. humeri. Bei guter Wunde und normaler Temperatur abortirte Pat. und starb 15 Tage nach der Operation an puerperaler Pyämie. Summa sämmtlicher Amputationen und Exarticulationen: 172 Kranke mit 183 Amput. Davon wurden geheilt: 149 Kranke mit 156 Amput. Es starben 23 Kranke mit 27 Amput. Mortalität sämmtlicher Amputationen (obgleich eine derartige Berechnung werthlos) = 13,37 Proc.

(Original-Mittheil. d. dtsch.-medicin. Wochenschr. 1877. — 18.)

363. Allgemeiner ärztlicher Verein in Cöln. Sitzung vom 12. Juni 1876.

Herr Riegel demonstrirt zwei pathologische Präparate. Das erste derselben stammte von einem 50jährigen kräftigen Manne, der am 9. Februar 1875 in's Hospital wegen Schlingbeschwerden, die seit $2^1/_2$ Monaten bestanden, gekommen war. Die Untersuchung ergab ein nicht überwindbares Hinderniss in der Speiseröhre; die Sonde konnte nur 22 Ctm. tief eingeführt werden. An den Respirations- und Kreislauforganen waren durchaus keine Veränderungen nachweisbar. Der Kranke war zur Zeit der Aufnahme noch wohl genährt, von kräftiger Musculatur, gutem Aussehen. Nachdem der Kranke einige Wochen im Hospitale

Digitized by Google

bei relativem Wohlbefinden zugebracht hatte, trat plötzlich Heiserkeit ein, als deren Grund das Laryngoskop eine Cadaverstellung des linken Stimmbandes, resp. eine linksseitige Recurrensparalyse nachwies. Es gewann darum der Gedanke, dass vielleicht ein Aortenaneurysma Ursache der Oesophagus-Stenose sei, etwas mehr an Wahrscheinlichkeit, während bei dem guten Ernährungszustande, dem Fehlen aller Erscheinungen von Kachexie die Annahme eines Carcinoms des Oesophagus etwas mehr an Wahrscheinlichkeit verlor. Kurze Zeit darauf trat eines Tags plötzlich hochgradige Dyspnoë mit starkem Schweissausbruch auf, der Kranke collabirte, wurde wachsbleich, der Puls fadenförmig, und so erfolgte unter den Symptomen der hochgradigsten Anämie nach kurzer Zeit der letale Ausgang.

Die Obduction ergab keine Veränderung am Herzen, keine Spur einer aneurysmatischen Erweiterung der Aorta, wohl aber ein **Oesophaguscarcinom,** das den linken N. recurrens eine kleine Strecke weit eingeschlossen, und wie die genauere Untersuchung ergab, zur vollständigen Atrophie gebracht hatte; derselbe war zwischen der verdickten Oesophaguswand und der damit verlötheten Aorta fest eingebettet. Ferner fand sich, dass zwei grössere Aortenäste direct in das erweichte Carcinom, resp. in den Oesophagus mit offenem Lumen einmündeten, und dem entsprechend war der ganze Magen und Darm mit massenhaftem, theils flüssigem, theils geronnenem Blute erfüllt.

Der letale Ausgang war demnach hier in früher Periode durch Arrosion grösserer Arterien von dem erweichten Carcinom aus erfolgt. Dadurch war die tödtliche Blutung veranlasst worden.

Herr Riegel demonstrirt sodann ein Präparat, das von einer 49jährigen Frau stammte, die wegen hochgradiger Dyspnoë das Hospital aufgesucht hatte. Die Untersuchung der übrigens ziemlich kräftigen Frau ergab ausser einer mässigen Bronchitis durchaus keine Veränderung der Respirationsorgane. Die Herzdämpfung mässig verbreitert, an der mitralis und tricuspidalis ein systolisches Geräusch, die Aortentöne dumpf, der zweite Pulmonalton verstärkt; die Radialis- und Carotiden-Pulse beiderseits äusserst klein, kaum fühlbar. Die Leberdämpfung ziemlich stark vergrössert. Im Verlaufe des Hospitalaufenthaltes steigerte sich die Dyspnoë häufig bis zu fast vollständiger Orthopnoë. Die Kranke collabirte rasch und ging bald nach ihrer Aufnahme ins Hospital, ohne dass weitere Störungen oder Veränderungen mit Ausnahme einiger in den letzten Lebenstagen aufgetretenen Lungeninfarcte nachweisbar wurden, zu Grunde.

Bei der Obduction fand man ausser einigen Infarcten an den Lungen keine weitere Veränderung, das Herz in beiden Durchmessern vergrössert, Klappen ohne Veränderung, mit Ausnahme der Schliessungsränder der Aortaklappen, woselbst sich ziemlich starke Verdickungen fanden. In der Aorta descendens, die von normaler Weite, mehrere kleine verdickte atheromatöse Stellen. Direct am Ende des Truncus anonymus war das Lumen des Gefässes sehr beträchtlich verengt, so dass nur eine dünne Sonde noch eingeführt werden konnte, während gleichzeitig die Gefässwand hochgradig verdickt war. Die Intima daselbst völlig glatt und in Form einer Falte prominirend. Der Anfang der rechten A. Subclavia und Carotis etwas erweitert.

In gleicher Weise waren die A. Carotis und Subclavia sin. am Abgange vom Aortenbogen so sehr verengert, dass sich nur eine ganz dünne Borste einführen liess.

Der letzte Grund der dyspnoëtischen Erscheinungen war durch diese beträchtliche Verengerung und Verdickung der genannten Gefässe vollständig erklärt; in dieser Gefässverengerung allein war der Ausgangspunkt aller Erscheinungen zu suchen

---

Digitized by Google

Offene Correspondenz der Administration.

(Geschlossen am 15. Juni 1877.)

Herrn Dr. B. F. in Miskolcz. In unserer Pränumerations-Einladung steht das Abonnement für alle 3 Journale mit 16 fl. angegeben; die Rundschau kostet pro anno 6 fl., wir haben daher pro II. Quart noch 1 fl. 50 kr. und ausserdem für 2 Phiolen Impfstoff vom 4. Juni 2 fl. 10 kr. gut.

„ Dr. S. in Nagy-Mihaly. Das 1. Heft vom Kosmos sandten wir Ihnen am 28. April per Kreuzband.

„ Prof. Dr. E. M. in Jassy. Durch H. M. erhielten wir abzüglich 63 kr. Porto, 11 fl. 37 kr. netto. Davon entfielen 6 fl. auf 1876 und 5 fl. 37 kr. auf 1877 (1 fl. 83 kr. Rest).

„ Dr. S. in Unterkochen (Württemberg). Abonnement erhalten, Impfstoff gesandt.

„ Dr. A. v. W., k. k. Reg.-Arzt in Triest. In der Correspondenz bestätigten wir Ihnen den Empfang des Abonnements; die Postanweisung lautete aber auf 1 fl. 50 kr. und deckte somit nur das 1. Quartal, wir haben also pro 2. Quartal noch 1 fl. 50 kr. gut.

„ Dr. F. in Berlin. Für die Ihnen am 14. Mai per Kreuzband gesandten Hefte erbitten 2 Mark 50 Pf. per Postanweisung.

„ Dr. J. H. in Sásd. 4 fl. 40 kr. erhalten.

„ Dr. K. D. in Kenty. Bis Ende l. J. fehlen nur noch 2 fl.

„ Dr. H. in Graz. Das Octoberheft 1876 sandten wir Ihnen am 9. Juni nochmals (50 kr.)

„ Dr. E. H. in Kolleschowitz. Anlässlich Ihrer Notiz auf dem Coupon der Postanweisung bitten wir unsere Pränumerations-Einladung noch einmal durchzulesen.

„ J. H., k. k. Oberwundarzt in Glogon, F. P., k. k. Bezirksarzt in Podove. Ihr Abonnement reicht bis Ende Juni.

„ M. S., prakt. Arzt in Suczawa; Dr. F., k. k. Reg.-Arzt in Neuhaus; Dr. E., Secundararzt in Prag; Dr. B. in Mako; Dr. J. F., Gerichtsarzt in Czernowitz; Dr. M., Reg.-Arzt in Oedenburg; D. J. A. in Apacza; Dr. G. F. W. in Olmütz. Ihre Zuschriften erledigten wir.

„ Dr. A. D., k. k. Marinearzt in Obdach (50 kr. Rest); J. J., prakt. Arzt in Feldbach; F. T. in Mähr.-Ostrau; Dr. T. P. in Wien; Dr. E. B. in Libochowitz; Dr. J. T., k. k. Bezirksarzt in Neuhaus; Dr. N., Reg.-Arzt in Jungbunzlau; Dr. P. in Gams; Dr. A. U. in Altofen; Dr. W., Reg.-Arzt in Radautz; Dr. K. in St. Florian (1 fl. Rest); Dr. A. L. in Budapest (50 kr. Rest). Wir bestätigen Ihnen auf ausdrückliches Verlangen den Empfang des Abonnementsbetrages.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Karl Bettelheim.
Einsendungen an die Redaction sind zu richten: Wien, I., Gonzagagasse 5.

Druck von G. Gistel & Co., Wien.

Digitized by Google

Galvanisch, konstanter, transportabler Apparat,

neuester Konstruktion.

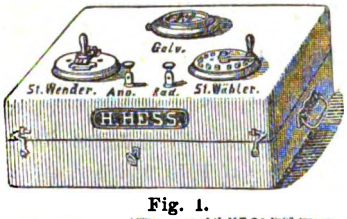


Fig. 1.

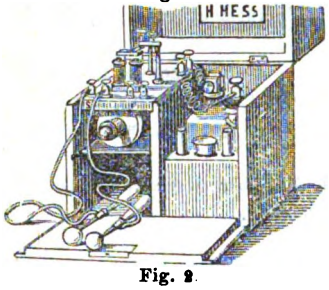


Fig. 2.

Figur 1. Rechts der Stromwähler, links Stromwender, in der Mitte Galvanometer, Polklemmen für Anode und Kathode. Dieser Apparat wird vom Empfänger vermittelst eines beigegebenen Glastrichters und Massbechers (Beschreibung) nur mit Wasser gefüllt, bleibt bei täglichem Gebrauche 9 bis 12 Monate konstant und wird dann wieder frisch gefüllt. Apparat mit 48 Elementen, mit zwei grossen Elektroden und mit einer kleinen, 1 Exzitator, 1 Pinsel, 1 Kupferplatte, 1 Gehörelektrode, 1 Uterus- und Kehlkopfsonde (eine mit Platinspitze) und einer Platinnadel zur Elektrolyse, Kiste, Verpackung 52 Thaler; mit 42 Elementen 44 Thlr.; mit 35 Elementen 40 Thlr. netto per Kasse oder durch Vorschuss.

Figur 2. Induktions-Apparat neuester Konstruktion mit Nebenapparaten und Kiste 16 Thlr., wird ebenfalls mit Wasser und Schwefelsäure, Kali bichrom. alle 6 Monate frisch gefüllt. Sämmtliche Apparate sind von den ersten Autoritäten geprüft u. anerkannt.

H. Hess,
Hofoptiker,
Berlin, S., Alexandrinenstr. 80.

Prof. Lister's Verband

für eine grössere Operation nach Vorschrift von Prof. Dr. Esmarch,

enthaltend:

1 Stück à 550 Cm. **Lister'sche Karbolgaze** (zwischen der 7. und 8. Lage ein Stück karbolisirtes Pergamentpapier); 2 Stück **Lister'sche Karbolgazebinden** 10 Cm. breit 550 Cm. lang; 1/2 Pfund **Salicylsäure** Jute 4%; 1 Strang **karbolisirte Darmsaiten (Catgut)** und 30 Cm. **karbolisirte Drainageröhren** in einer Glasröhre; 1 Strang **karbolisirte Nähseide** auf Karton; 1 Stück **Schutztaffet** (protektive silk) 30 Cm. lang 5 Cm. breit; 10—20 Stück **Tupfer** versch. Grösse aus Salicylsäure-Zupf-Charpie, Jute und Gaze; 1 titrirtes Glas mit **Karbolsäurelösung**, wovon jeweils auf einen halben Liter Wasser: 12 1/2 Grad für den Spray; 25 Grad zum Waschen der Hände des Chirurgen, der Haut des verwundeten Theiles und zum Eintauchen der Instrumente zu verwenden sind,

offerirt in Original-Verpackung zum Preise von 8 fl.

255 ***Wilhelm Maager***, *III., Heumarkt 3, in Wien.*
General-Depositeur der internationalen Verbandstoff-Fabrik in Schaffhausen.

Kaltwasserheilanstalt
FROHNLEITEN
in Steiermark,

Station der Südbahn (Linie Wien-Triest), von Graz in 1/2, von Wien in 5 Stunden erreichbar, in einer waldreichen anmuthigen Alpengegend gelegen, ist das ganze Jahr hindurch geöffnet. Prospecte und Näheres durch den ärztlichen Leiter daselbst, Med. & Chir. Dr. **Achac.**

Digitized by Google

MATTONI's Königs-Bitterwasser

Natürliches

OFNER BITTER-WASSER

das beste und zuverlässigste Mittel gegen habituelle Stuhlverhaltung und alle daraus resultirenden Krankheiten ohne irgend welche üble Nachwirkung auch bei längerem Gebrauch.

MATTONI & WILLE, k. k. österr. Hoflieferanten

Besitzer der 6 vereinigten Ofner Bittersalz-Quellen.

Budapest, Dorotheagasse 6.

GIESSHÜBLER

Reinster alkalischer Sauerbrunn

von ausgezeichneter Wirksamkeit bei **Krankheiten der Luftwege, des Magens und der Blase**; besonders empfohlen mit Milch, Zucker oder Wein, als das **brillanteste Erfrischungs-Getränk** zu allen Tageszeiten. Versendung nur in Original-Glasflaschen durch den Besitzer

Heinrich Mattoni k. k. Hof-Lieferant, CARLSBAD (Böhmen.)

KAISER- QUELLSALZ

(Sel purgatif)

ein mildauflösendes Mittel bei habitueller Stuhlverhaltung nach chronischen Magen-, Leber- und Darmkrankheiten.

Kaiserquelle in Flaschen à ½ Liter.
Eisenmineralmoor zu Bädern und Umschlägen.
Eisenmoorlauge (flüssiger Moorextract).
Eisenmoorsalz (trockener Moorextract).

Bequeme und bezüglich ihres Erfolges **die Franzensbader Eisenmoorbäder** fast erreichende Mittel für Badeanstalten und den Hausgebrauch versenden

Mattoni & Co., k. k. Hoflieferanten **Franzensbad** (Böhmen).

Curvorschriften und Brochüren gratis.

Eigene Niederlage: WIEN, Maximilianstrasse 5 u. Tuchlauben 14.

Depots in allen grösseren Mineralwasser-Handlungen des In- u. Auslandes.

Rudolf Thürriegl

erzeugt alle 17

chirurgischen Instrumente nach neuesten und verbesserten Constructionen.

Wien, Alservorstadt, am Glacis, Schwarzspanierhaus 5.

Ausführliche Preis-Courante auf Verlangen gratis.

Digitized by Google

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschien und ist durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Die Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien. Von Prof. Dr. H. Hildebrandt. Mit 27 in den Text eingedruckten Holzschnitten. gr. 8. (Handbuch der Frauenkrankheiten. Achter Abschnitt.) Preis 3 M. 60 Pf. = 2 fl. 35 kr.

Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase. Von Prof. Dr. F. Winckel. Mit 59 in den Text gedruckten Holzschnitten. gr. 8. (Handbuch der Frauenkrankheiten. Neunter Abschnitt.) Preis 6 Mark = 3 fl. 90 kr.

Medicinische Diagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Differential-Diagnostik. Von Dr. Hermann Baas. Mit 40 Abbildungen in Holzschnitt. 8. Preis 4 Mark = 2 fl. 60 kr.

Anleitung zu Chemischen Untersuchungen auf dem Gebiete der Medicinalpolizei, Hygiene und forensischen Praxis. Für Aerzte, Medicinalbeamte u. Physikats-Candidaten. Von Dr. Leo Liebermann, Dozent, Leiter des Laboratoriums für medic. Chemie an der Universität zu Innsbruck. 8. Preis 6 M. 80 Pf. = 4 fl. 40 kr.

Das Pankreas. Seine Bedeutung als Verdauungsorgan und seine Verwerthung als diätetisches Heilmittel. Von Dr. H. Engesser, Privatdocent an der Universität Freiburg i. Br. 8. Preis 1 M. 20 Pf. = 78 kr.

Die Fibryomyome des Uterus. Von Dr. Louis Michels, praktischer Arzt in Bad Creuznach. 8. Preis 1 M. 20 Pf. = 78 kr.

Mittheilungen aus der Augenheilkunde. Für den praktischen Arzt. Von Hofrath Dr. F. von Höring. 8. Preis 80 Pf. = 52 kr.

Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Monographisch bearbeitet von Dr. Rud. Ripping, Director der Rhein. Prov.-Irrenheilanstalt Siegburg. 8. geh. Preis 3 M. 20 Pf. = 2 fl. 10 kr.

Encyklopädisches Wörterbuch der Staatsarzneikunde. Nach dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft bearbeitet von Dr. L. G. Kraus und Dr. W. Pichler. III. Band. 2. Hälfte. gr. 8. Preis 12 Mark = 7 fl. 80 kr.

Zur Morphologie des Gesichtsschädels. Von Dr. E. Zuckerkandl, Prosector der Anatomie in Wien. 8. Preis 4 Mark = 2 fl. 60 kr.

40

Echter und vorzüglicher

Malaga-Wein

(Jahrgang 1845)

für Kranke und Reconvalescente.

Durch Vermittlung der **Administration der Wiener Medizinischen Presse in Wien, Maximilianstrasse 4,** ist unverfälschter alter Malaga-Wein, zum Preise von fl. 3 pro Bouteille, zu beziehen. Für vorzüglichste Qualität wird garantirt. Versendung gegen Einsendung des Betrages oder Nachnahme desselben, — Emballageberechnung zum Selbstkostenpreise. Bei grösseren Aufträgen — insbesondere durch die Herren Aerzte — wird entsprechender Nachlass gewährt.

Soeben erschien im unterzeichneten Verlage:

Grundriss der Geburtshülfe

für praktische Aerzte und Studirende.

Von

Dr. Ludwig Kleinwächter,

Professor an der Universität Prag.

Gross-Octav. 448 Seiten. Preis 5 fl. ö. W. = 10 Mark. Elegant gebunden 6 fl.

Dieses Buch umfasst in knappster Form Alles, was die Physiologie, Pathologie und Therapie des Generationsvorganges berührt. Es entspricht vorzugsweise dem Bedürfnisse des praktischen Arztes, der genöthigt ist, sich ohne grossen Zeitverlust zu informiren. Der Preis des Werkes ist, bei prachtvoller Ausstattung, ausserordentlich billig gestellt, um dasselbe allen Aerzten und Studirenden leicht zugänglich zu machen.

Urban & Schwarzenberg, Medizinische Verlagsbuchhandlung,

Wien, I., Maximilianstrasse Nr. 4.

Digitized by Google

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

364. Untersuchungen über die Anatomie und Physiologie des Herzens, insbesondere betreffend die Function der Atrioventricularklappen. Von Dr. Marc. Sée. (Paris, 3. Masson, Schmidt's Jahrbüch. Nr. 171.)

Während viele Autoren den Schluss dieser Klappen einzig und allein durch den Blutdruck zu Stande kommen lassen, erfolgt derselbe nach Anderen durch Muskelcontractionen. Das Experiment (Schluss der Atrioventricularklappen durch in den Ventrikel eingeführtes Wasser) gebe kein treues Bild des Vorganges im lebenden Herzen, da ja dieses Experiment den Ventrikel nicht systolisch verengert, sondern diastolisch erweitert und ausserdem ein nach den verschiedenen Lebensaltern wechselndes Resultat liefert: beim Kinde vollständigen Verschluss beider, bei Erwachsenen vollständigen Verschluss nur der zweizipfeligen Klappe, bei Greisen häufig unvollständigen Schluss der Mitralis und derart häufig der Tricuspidalis, dass King die Insufficienz dieser letzteren Klappe als etwas dem Greisenalter de norma Zukommendes ansah, um der Blutüberfüllung der Lungen bei Störungen im Lungenkreislaufe vorzubeugen.

Dass die Contraction der Papillarmuskeln und der trabeculae carneae in den Ventrikeln mit der Contraction der Ventrikelwandungen zusammenfällt, darf schon daraus geschlossen werden, dass die genannten Muskeln mit der Ventrikelwand in continuirlichem Zusammenhange stehen.

Die Papillarmuskeln, die von der Herzspitze bis über die Mitte der Ventrikelhöhe hinaufreichen, unterscheiden sich dadurch von der übrigen Ventricularmusculatur, dass ihre Fasern insgesammt fast parallel verlaufende Längsfasern sind, so dass ihre Verkürzung weiter gehen muss, als die (vielfach noch bestrittene) Verkürzung des Ventrikels in der Längsrichtung. Die von den Papillarmuskeln nach den Klappen verlaufenden chordae tendineae müssen also systolisch angespannt und die Klap-

Digitized by Google

pen herabgezogen werden. — Am r. Herzen des Vogels, wo die Tricuspidalis fehlt, bewirkt eine sphincterartige Muskellamelle den Abschluss des Ventrikels vom Vorhofe und Sée fand nun ein ähnliches Muskelbündel (compressor valvulae tricuspidalis) auch am menschlichen Herzen. Dasselbe verlaufe von der hinteren Wand des infundibulum aus, 3 bis 4 Cm. lang, schief nach rechts zur äusseren Ventrikelwand und verliere sich von da in der Nähe des vorderen Papillarmuskels. Zwischen ihm und dem vorderen Winkel des r. Ventrikels zeigt sich eine cylindrisch abgeplattete, glatte, in die art. pulmon. auslaufende Partie — canalis pulmonalis. Bettelheim.

365. Ueber eine neue Art, die Böttger'sche Zuckerprobe anzustellen. Von E. Brücke. Wien. akad. Sitzungsber. LXXII. 3. Juni. Refer. von G. Salkowski im Centralblatt, 1876, 24.

Bei der Böttger'schen Zuckerprobe mit Wismuth kann die Bildung von schwarzem Schwefelwismuth unter Umständen Irrthümer veranlassen. Man vermeidet diese Möglichkeit nach Verf. in folgender Weise: Frisch gefälltes bas. salpeters. Wismuthoxyd wird in einer heissen Jodkaliumlösung unter Zusatz von Salzsäure gelöst; dieses Reagens dient gleichzeitig zur Ausfällung der störenden Substanzen und zur eigentlichen Reaction. Man säuert den zu untersuchenden Harn mit Salzsäure an und fällt ihn mit dem Reagens. Das Filtrat wird, nachdem man sich davon überzeugt hat, dass die Fällung vollständig war, mit Kalilauge übersättigt und mit dem entstandenen weissen Niederschlag von Wismuthoxydhydrat erhitzt. Ist der durch die Kalilauge entstandene weisse Niederschlag sehr erheblich, so thut man gut, die Flüssigkeit mehr abzugiessen und nur etwas Niederschlag mitzunehmen. Blut sowohl wie Hühnereiweiss mit Wasser verdünnt und dann in der angegebenen Weise behandelt, gab eine geringe Schwarzfärbung, die jedoch in der That auf Gegenwart von Zucker beruht; denn, wenn man coagulirtes ausgewaschenes Albumin in Kalilauge löst und ebenso behandelt, tritt die Schwarzfärbung nicht mehr ein.

366. Ueber die Verarmung des Körpers, speciell der Knochen an Kalk bei ungenügender Kalkzufuhr. Von J. Forster. (Zeitschr. f. Biologie Bd. XII. p. 464—474. Centralblatt f. Chirurgie.)

Neuerdings ist wiederholt (von Weiske u. A.) behauptet worden, dass die Knochen eines Thieres bei Mangel an Kalk oder Phosphorsäure in der Nahrung in ihrer Zusammensetzung keine Aenderung erfahren und namentlich nicht einen einseitigen Verlust an phosphorsaurem Kalk erleiden. Zur Entscheidung dieser Frage unternahm F. eine exacte Stoffwechseluntersuchung bei einem Hunde, der bei einer Fütterung mit sehr kalkarmer Nahrung, bestehend aus Fleischextractrückständen, Speck und Stärkemehl, auf Stickstoffgleichgewicht gesetzt wurde. Es wurde unter diesen Umständen täglich 0·1 Grm. Kalk im Harn ausgeschieden, etwa

Digitized by Google

eben so viel als mit der Nahrung zugeführt wurde; mit dem Koth schied der Hund aus 15·5 Grm. innerhalb einer Versuchsreihe von 26 Tagen. Unter der Annahme, das Thier hätte sich in seiner Körperzusammensetzung nicht geändert, musste nach F.'s Berechnung in den Muskeln 1·82 Grm. und im Blute 0·29 Grm. als Gesammtmenge des Kalks sein. Gefunden wurde in Wirklichkeit in den Muskeln 0·8 Grm. und im Blute 0·18 Grm. Kalk; es sind somit vom Blut und den Muskeln, die zusammen etwa 53 % des Gesammtkörpers betragen, 1·13 Grm. Kalk abgegeben worden. Da der Kalkgehalt, resp. Kalkverlust der übrigen Weichtheile, die etwa 35 % des Körpers betragen, dem der Muskeln und des Blutes ziemlich äquivalent ist, so berechnet sich für sie ein Verlust von etwa 0·8 Grm. Kalk. Thatsächlich sind aber mindestens die im Koth enthaltenen 15·5 Grm. Kalk vom Körper abgegeben worden; es trifft somit das Skelet ein Verlust von etwa 4—5mal so viel Kalk, als in den gesammten Weichtheilen eines gleich schweren Hundes bei normaler Ernährung gefunden wird. Dasselbe gilt auch für die Phosphorsäure des Knochens bei ungenügender Zufuhr derselben mit der Nahrung; und zwar betrug hier der Verlust der Knochen an Phosphorsäure etwa 17 Grm. für die ganze Versuchsdauer von 26 Tagen.

Somit ist auf exactem Wege festgestellt, dass bei ungenügendem Kalkgehalt in einer Zufuhr, die für die Erhaltung des Eiweissbestandes des Körpers völlig genügt, sämmtliche Organe, in hohem Grade die Muskeln, aber auch das Skelet einseitig an Kalk verarmen, ohne dass dabei, wie aus den Ergebnissen der Harn- und Kothanalyse hervorgeht, die organische Substanz der Körpertheile abgenommen haben kann. Es gilt somit für den Kalk dasselbe, was für die Aschebestandtheile überhaupt.

367. Die Fascia lata. Von H. Allis. (Philad. med. Times 1876. Centralbl. 1877, Referat von E. Fischer.)

Die bequemste aufrechte Stellung des Körpers ist die, bei welcher das Gewicht desselben auf einem Beine balancirt, dessen Knie vollständig gestreckt ist, während das andere Bein etwas nach vorn und aussen den Boden berührt. In dieser Stellung sind die Muskeln, die zum Gehen, Laufen etc. gebraucht werden, in Ruhe. Derjenige Theil der Fascia lata, welcher von der Crista ossis ilium abwärts über den Trochanter zum Cond. femoris ext. herabzieht, tritt für dieselben ein, wovon man sich an sich selbst überzeugen kann, indem man in obiger Positur mit der Hand zwischen Trochanter und Crista in die Tiefe drückt. Der Trochanter wird beim Stehen geradezu gegen diese Fascie angelehnt. Das Anspannen der Fascie geschieht durch den M. glutaeus maximus und den M. tensor fasciae latae. Bei Schenkelhalsbrüchen kann obiges Verhalten diagnostisch verwerthet werden. In aufrechter Stellung nämlich wird sich auf der kranken Seite mit den Fingern zwischen Trochanter und Crista der obige

Digitized by Google

Strang nicht fühlen lassen, weil die Muskeln die Fascia lata nicht mehr spannen können. — Liegt der Pat. auf dem Bauch im Bett, und man lässt ihn das Becken fest in's Bett hineindrücken, so zieht der gesunde Glutaeus augenblicklich die Fascia einwärts, es entsteht eine Grube, während auf der kranken Seite solches nicht der Fall ist.

368. Beitrag zur descriptiven und topographischen Anatomie des unteren Halsdreiecks. Von E. Zuckerkandl. (Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. II. S. 54. Centralblatt 1876.)

Als Scalenus minimus beschreibt Z. einen zum Spannen der Pleura bestimmten, hinter dem Scalenus ant. gelegenen Muskel, der an den Querfortsätzen des 6. und 7. Halswirbels, oder nur an dem des letzteren entspringt und seine mehr constante zweite Knochenanheftung am oberen Rande der 1. Rippe, hart neben dem vorderen Rippenhalter hat. Der Muskel ist in gut entwickelter Form halb so stark, als ein wohlausgebildeter Scalenus anticus, besitzt eine kurze Ursprungs- und Insertionssehne und präsentirt sich ohne weitere Präparation bei Entfernung des vorderen Rippenhalters; oder er ist so schwach und oft noch schwächer als ein Musculus lumbricalis der Hand oder des Fusses und häufig in eine so reichliche Lage von Bindesubstanz gehüllt, dass man bei Durchtrennung des Scalenus anticus nichts von ihm gewahr wird. Die gegen die 1. Rippe gerichtete Sehne des Scalenus minimus ist ganz kurz, oder sie ist halb so lang oder länger als der Muskelbauch, der Form nach cylindrisch, in anderen Fällen wieder aponeurotisch, zuweilen selbst fächerförmig ausstrahlend. Die wichtigste Verbindung geht der Scalenus minimus mit der Pleura im unteren Halsdreieck ein. Mit dem Pleurakegel stehen im unteren Halsdreiecke bindegewebige Ausbreitungen der Fascia praevertebralis und der tiefliegenden Halsaponeurose in Verbindung, welche denselben an die Halswirbelsäule, an die umgebenden Eingeweide und an den Hals der 1. Rippe fixiren. Die hintere Wand des Rippenfelles wird hauptsächlich an zwei Punkten befestigt: einerseits an die vordere Seite der Halswirbelsäule, andererseits an das Collum der 1. Rippe; den zwischen diesen zwei Punkten gelegenen Theil der knöchernen Grundlage des Halses überspringt die Pleura, und somit entsteht zwischen dem mittleren Abschnitte der hinteren Wand des Pleurakegels und der Wirbelsäule (das Köpfchen der 1. Rippe mit eingeschlossen), eine rundliche oder elliptische Lücke, in deren Hintergrunde man den Musculus longus colli verlaufen sieht, und in welcher man das Ganglion tertium des Sympathicus eingelagert findet und neben demselben lateral die Arteria intercostalis suprema in den subpleuralen Brustraum eintreten sieht. Einen in deutliche Bündel geschiedenen fibrösen Zug bemerkt man von der Wirbelsäule, entsprechend dem 4. bis 7. Wirbel, herkommen und mehr die Spitze des Pleurakegels einhüllen; einen zweiten Zug von der vor

Digitized by Google

der Trachea gelegenen Aponeurose, der mehr in die untere Hälfte des Rippenfells ausstrahlt. Hierzu gesellt sich noch häufig eine deutliche Organisation jenes Gewebes, welches den Kegel an das erste Rippenhälschen heftet. Der von der Wirbelsäule stammende Zug bildet die mediale Begrenzung der oben erwähnten Gefäss- und Nervenlücke. Der M. scalenus minimus verläuft tangential über den lateralen Theil des Pleurakegels von oben nach unten; deshalb ist er der hauptsächlichste Spanner des Rippenfelles. Unter 60 von Z. untersuchten Leichen fehlte er 38 Mal. Wenn der Muskel fehlt, so treten zwei eigenthümliche Bindegewebselemente ein, um die Leistung des ausgefallenen Muskels zu ersetzen. Diese Elemente sind Bänder, welche Z. nach Ursprung und Insertion Ligamentum costopleuro-vertebrale und Ligamentum costo-pleurale nennt.

369. Lymphgefässkrebs — Lymphangitis prolifera. Aus Prof. v. Buhl's pathologisch-anatomischen Demonstrationen. Mitgetheilt von Dr. E. Schweninger. (Aerztl. Int.-Blatt Nr. 30, 1876.)

Man betrachtete früher die Lymphgefässe als einfache Transportwege, indem man annahm, dass käsige, tuberculöse, krebsige Massen etc. von aussen durch Lymphgefässchen, welche in ulcerirende Gewebe offen einmünden, aufgenommen und von da wie die Lymphe in die grösseren Stämme weiter geschleppt würden.

In der neueren Zeit will man aber auch selbstständige Lymphgefässerkrankungen beobachtet haben, indem namentlich die Lymphgefässendothelien dabei eine Hauptrolle spielen, sich selbst zu Krebszellen umwandeln und zur Verstopfung der Gefässlumina führen sollen. Aber derartige Lymphgefässerkrankungen ohne jeglichen localen Herd gehören zu den grössten Seltenheiten. Man pflegt solche Wucherungen der Lymphgefässendothelien als „Lymphgefässkrebs" zu bezeichnen, obwohl das eigentlich ein ganz unpassender Name ist; denn zum Begriffe „Krebs" gehört ein mehr weniger abgegrenzter Tumor. Dann tritt aber hierbei noch eine histogenetische Frage in den Vordergrund: Bekanntlich sind seit Thiersch's Arbeit über den Epithelkrebs die Mehrzahl der Autoren, wie Billroth, Lücke, Klebs, Rindfleisch u. A., mit ihm darin übereingekommen, den „Krebs" nur von echten Epithelien abzuleiten. Zwar von Virchow, Förster etc. werden geradezu die Bindegewebszellen als Matricular-gebilde der Krebszellen betrachtet, indem die letzteren derart inficirend auf erstere einwirken sollen, das diese ihnen sonst fremde Formen und den epithelialen Zellen ähnliche Eigenschaften annähmen und auch auf ihre Nachkommen übertrügen. Thatsächlich hat jedoch noch Niemand die Beobachtung von der Umwandlung eines Bindegewebskörperchens in eine Krebszelle gemacht. — Eine wohl vereinzelt stehende Ansicht ist die von C. Köster, wonach die Krebszellen sich aus den „Endothel"-Bestandtheilen der Lymphgefässwandungen entwickeln sollten. Aber warum tragen

Digitized by Google

die Krebszellen so durch und durch von den Lymphendothelien verschiedene Formen zur Schau, und warum erkranken die mit Lymphgefässen am reichlichsten ausgestatteten Organe niemals oder doch ungemein selten an primärem Krebs? — Auch die vorerst noch unbegründete Angabe wurde in die Wissenschaft einzuführen gesucht, die Krebse entstünden kurzweg aus den emigrirten farblosen Blutkörperchen.

Buhl kann sich demnach der Ansicht von dem erstgenannten Entwicklungswege des Krebses anschliessen, der auf dessen rein epitheliale Abstammung führt, so dass er bei dem in Rede stehenden, pathologischen Vorgang auch in histologischer Beziehung nicht von Krebs sprechen kann, da in Lymphgefässen erwiesenermassen keine echten Epithelien, sondern nur sogenannte „Endothelien" existiren.

Diese einleitenden Worte wurden dem folgenden höchst merkwürdigen Falle vorausgeschickt. Es war in vivo nur Hydrops Ascites nachweisbar, für dessen Entstehung man eine Cirrhose der Leber, welche letztere in der That etwas an Umfang abgenommen hatte, annahm.

Als der Fall aber zur Section kam, überraschte schon gleich bei Eröffnung des Abdomens das eigenthümliche Aussehen der sich in beträchtlicher Menge entleerenden Flüssigkeit. Es war das nicht jener meist farblose, hier und da schwash gelbliche, seröse Erguss, wie er bei Ascites vorkommt, sondern eine weiss-grünliche, trübe, molken-ähnliche Flüssigkeit, die neben vielen Fetttröpfchen zahlreiche, in hochgradiger Fettdegeneration begriffene Endothelien des Peritonäalsackes suspendirt enthielt, und sonach mit dem sogenannten chylösen Erguss oder Ascites viele Aehnlichkeit hatte. Dass die Serosa peritonaei erkrankt sein müsse, ging demnach schon aus diesem Befunde hervor. Ausserdem fanden sich aber auf dem Peritonäalüberzuge sämmtlicher Baucheingeweide zahlreiche verästelte, zum Theil varicös erweiterte, weissliche Stränge und Schnürchen, die zuweilen äusserst zierliche Figuren und Netze bildeten. Da man gleichzeitig in der Pylorusgegend des Magens ein grosses, tiefgreifendes Geschwür mit wulstigem Rande entdeckte, so lag die Annahme nahe, dass man es im Magen mit Krebs zu thun habe, und dass von da aus etwa eine krebsige Infection mit Verstopfung der Lymphgefässe stattgefunden habe. Doch die genaue mikroskopische Prüfung des unterminirten Randes und Grundes des Geschwürs ergab eine einfache Verdickung und Wucherung der Muscularis, wie man sie beim Ulcus simplex (Cruveilhier) wahrnimmt. — An sämmtlichen Organen der Bauchhöhle gewahrte man auch, dass die Umgebung der Lymphgefässe und der in das Lymphsystem einmündenden Saftcanäle gleichfalls nicht unbetheiligt geblieben ist, indem das interstitielle Gewebe all' dieser Organe dicker, derber geworden war, wodurch sich diese eigenthümlich anfühlten. An der Oberfläche der Leber und namentlich der stark narbigen, vergrösserten traubenförmigen Ovarien sind kleinste weisse Knötchen sichtbar; ebenso fehlen die krebsig degenerirten feinsten Lymphgefässe weder in den Nieren, noch in den Neben-

Digitized by Google

nieren. Nach Eröffnung der Brusthöhle gewahrte man auf der Pleura beider Lungen gleichfalls äusserst fein verzweigte, mit Krebsmassen gefüllte Lymphgefässe; in gleicher Weise auf dem Pericard. Kurz, die Erkrankung war, wie wir sahen, durch den ganzen Körper und über alle Organe verbreitet.

In den Lungen hatte man bis in die letzten Jahre das Vorhandensein und die Verbreitungsweise der Lymphgefässe gar nicht gekannt, obwohl die pathologische Anatomie dieselben als erkrankt bereits lange nachgewissen hatte. Dass das Parenchym der Lunge an diesem Processe gleichfalls, wie das der übrigen Organe theilnimmt, bemerkte man schon an der grösseren Derbheit des Lungengerüstes und einer Verdichtung des Gewebes, die hauptsächlich längs der grossen Gefässe ausgesprochen ist, dem Verbreitungsbezirk der sogenannten „tiefliegenden" Lymphgefässe.

Da B. die Bezeichnung „Lymphgefässkrebs" für eine derartige Erkrankung weder in sprachlicher, noch in histogenetischer Beziehung gerechtfertigt hält, würde Schweninger den von Buhl vorgeschlagenen Namen „Lymphangitis prolifera" für den geeignetsten halten.

370. Die Uterusschleimhaut und die Menstruation. Von G. Leopold. Archiv f. Gynäkologie Bd. XI. p. 110. Dtsch. Ztschr. f. prakt. Medic. 1877.

Verfasser will einen Beitrag liefern zur Lösung der neuerdings angeregten Frage nach dem Verhältniss der Ovulation zur Menstruation auf Grund genau untersuchter Präparate, bei denen gleichzeitig von Seiten der Anamnese die genügende Sicherheit vorhanden war in Betreff des Eintritts der letzten Menstruation. Er hat sechs Fälle selbst untersucht, die diesen Anforderungen entsprachen, zum Theil waren es die Genitalien von zur Zeit des Todes menstruirten, zum Theil von zur Zeit nicht menstruirten Frauen; ausserdem hat er die Fälle aus der Literatur mit grossem Fleiss gesammelt und den Tagen nach eingereiht. Besonders interessant ist sein erster Fall, wo der Tod am ersten Tage der Menstruation erfolgte, hier fand sich im Ovarium ein in der Rückbildung begriffener Follikel, seine Innenwand war mit Blut bedeckt, daneben lag ein noch ziemlich prallgefüllter. Sein letzter Fall ist vom zweiten Tage vor Eintritt der neuen Menstruation, auch hier war ein eben geplatzter Follikel nachweislich, an der einen Stelle fand sich eine runde $^3/_4$ Mm. weite Oeffnung die in eine zusammengefallene 2 Cm. lange Höhle führte, in der nur eine Spur von Blut vorhanden war. Aus den Resultaten betreffs der Uterusschleimhaut verdient hervorgehoben zu werden, dass normaler Weise, wie bekannt, die Uterusschleimhaut direct an die Muscularis grenze, und dass sie während der Menstruation von einer Höhe von 2—3 Mm. anschwelle bis auf 6—7 Mm. Die innere Oberfläche faltet sich, an der Grenze der Musculatur senken sich die Zellplatten in die Einbuchtungen der Schleimhaut ein, und hier sind auch die meisten Wachsthumsvorgänge zu consta-

Digitized by Google

tiren. Die Zellplatten vermehren sich, die Schleimhaut wird ödematös durchfeuchtet und die Drüsen nehmen beträchtlich an Länge zu. Die Blutung bei der Menstruation ist nicht bedingt durch Verfettung der oberflächlichen Epithelien, die Verf. nie fand, sondern es handelt sich um eine in Folge der ovariellen Verhältnisse acut eintretende oberflächliche Capillarhyperämie, die dicht unter die oberflächlichsten Schichten des Epithel zum Austritt von weissen und rothen Blutkörperchen führt, und nur dies alleroberflächlichste Epithel wird nach Verf. abgestossen. Die Capillarhyperämie gerade in den oberflächlichsten Schichten erklärt er durch die von ihm nachgewiesene eigenthümliche Anordnung der Blutgefässe. Die Regeneration kann somit sehr schnell, nach Verf.'s Fällen in einem Tage statthaben.

In Betreff der Ovulation stellt Verf. fest, dass nach seinen Fällen allerdings von einer Periode zur andern sich ein geborstener Follikel zurückbildet und unterdessen vor der neuen Blutung ein neuer vorwächst und endlich aufbricht, aber er hebt hervor, dass das Material noch zu klein sei, um allgemeine Schlüsse zu erlauben, und dass auch eine nicht menstruelle Ovulation nicht absolut auszuschliessen sei.

371. Zur Kenntniss von der Lage der Eingeweide im weiblichen Becken. Von B. S. Schultze. (Arch. f. Gynäkol. IX. S. 262. Centralbl. 1876, Referat von Löwe.)

Die normalen Ovarien liegen bei normal mit dem Fundus vorn liegenden Uterus in der liegenden Frau mit ihrem langen, fälschlich so genannten frontalen Durchmesser in ganz überwiegend sagittaler Richtung längs der Seitenwand des Beckens, das mediane, dem Ligamentum ovarii entsprechende Ende vorn, das laterale, dem Ligamentum infundibulopelvicum entsprechende Ende hinten. Die Abweichung von der sagittalen Lage, wo eine solche stattfindet, ist fast ausnahmslos die, dass die vorne liegenden, der Insertion nach uterinen Enden ein wenig convergiren. Die einerseits tastenden Fingerspitzen beider Hände treffen die Ovarien regelmässig in dieser Lage an. Um das rechte Ovarium zu tasten, muss der Zeige- und Mittelfinger der rechten, um das linke Ovarium zu tasten, dieselben Finger der linken Hand per vaginam eingeführt werden. Die von Aussen entgegentastenden Finger der anderen Hand werden zu dem normal liegenden Ovarium durch den Rand des Psoas geleitet. Man lässt den bereits flectirt und nach Aussen rotirt liegenden Oberschenkel willkürlich etwas stärker flectiren und legt die Fingerspitzen auf den Innenrand des sich spannenden Psoas, um sofort bei dessen Erschlaffung den in der Vagina liegenden Fingern entgegen zu tasten. Nahe unter dem Innenrande des Psoas treffen die einander entgegentastenden Fingerspitzen das Ovarium, von den Seitenrändern des Uterus um etwa 2 Cm. entfernt, nahe der Beckenwand, mit ihrem langen Durchmesser ziemlich parallel der Längenaxe des antevertirten Corpus uteri.

Digitized by Google

372. Ozon ein energisches Gift für den thierischen Organismus. Von P Thénard. („Comptes rendus" u. Zeitschr. d. allg. österr. Apotheker-Vereins", 10. Aug. 1876.)

Der Verf. macht darauf aufmerksam, dass über die Einwirkung des Ozons auf den Organismus unter Laien und Gelehrten falsche Anschauungen verbreitet sind, denn weit entfernt, ein Heilmittel zu sein, ist Ozon eines der energischesten Gifte, welche in unseren Laboratorien bereitet werden. P. Thénard hebt hervor, wie unter dem Einflusse des Ozons und zwar schon bei grosser Verdünnung die Blutzellen sich schnell zusammenziehen und selbst ihre Form ändern, der Puls sich verlangsamt und zwar in so auffallender Weise, dass bei einem Meerschweinchen, welches normal 148 Pulsschläge zeigte, nach $^1/_4$stündigem Aufenthalte in einer schwachen Ozon-Atmosphäre die Zahl auf $^1/_{30}$ herabsank. Man wird möglicherweise in dem Ozon ein Mittel finden, allzu hohen Temperatursteigerungen zu begegnen; aber ohne Ueberlegung Ozon in bewohnten Räumen zu verbreiten, in der trügerischen Hoffnung, dadurch die Miasmen zu beseitigen, wäre sehr gefährlich. Allerdings können unsere stärksten Gifte in geeigneten Fällen unsere besten Heilmittel abgeben, doch muss man erst gelernt haben sie anzuwenden, um sich über den richtigen Augenblick der Anwendung und Dosis nicht zu täuschen. Der Verf. frägt weiter: Ist man denn überhaupt sicher, dass Ozon in der Atmosphäre existirt? Man weist dessen Gegenwart mit Hilfe eines Papierstreifens nach, dessen Farbe sich mehr weniger stark in Berührung mit Luft ändert. Wer aber beweist denn, dass in der atmosphärischen Luft nicht andere Stoffe vorhanden seien, welche jenes Papier in derselben Weise modificiren, wie es das Ozon thut? Wittmannn leitete einen Luftstrom durch die Flamme einer Glasbläserlampe und erhielt eine Luft, welche auf ozonometrisches Papier gerade so wie Ozon selbst einwirkte; während aber diese Luft übelriechendes Wasser desinficirte, ohne demselben eine sauere Reaction zu verleihen, desinficirt das Ozon nicht und macht sauer. Auch ist bekannt, dass das Ozon bei einer Temperatur von 200° C. keinen Bestand hat, während die von Wittmann modificirte Luft einer Temperatur ausgesetzt war, bei der das Glas erweicht. Die Frage über die Gegenwart des Ozons in der Atmosphäre, sowie über die Wirksamkeit desselben ist noch immer nicht entschieden und verlangt neue Untersuchungen zur Sicherstellung der betreffenden Thatsachen.

Loebisch.

373. Ueber die Resorption von Arzneistoffen durch die Vaginalschleimhaut. Von Dr. E. W. Hamburger, Brunnenarzt in Franzensbad. (Prager Vierteljahrsschrift f. prakt. Heilkunde, 130.)

Der Verfasser lieferte für mehrere Arzneistoffe, welche in die Vagina eingeführt wurden, den Nachweis, dass diese von der Schleimhaut derselben resorbirt werden. Die Versuche, nur an Menschen angestellt,

Digitized by Google

wurden in der Weise ausgeführt, dass man 2 Tampons aus gereinigter, entfetteter Baumwolle mit der gelösten Substanz durchtränkt in die Vagina mittelst eines geschlossenen Fergusson'schen Speculum einführte und darüber zwei trockene Tampons legte. Die Tampons wurden 24 Stunden lang liegen gelassen. Zum Nachweis der eingeführten Substanzen im Harne wurde nur solcher Harn benützt, der mit dem Katheter genommen wurde. Die Versuchspersonen waren Frauen im Alter von 20—30 Jahren, deren Vaginalschleimhaut unverletzt war. Die auf Prof Pick's Klinik ausgeführten Versuche ergaben folgende Resultate.

1. Jodkalium in einer 15% Lösung war zwei Stunden nach der Einführung im Harne deutlich nachweisbar, und wurde darin noch 24 Stunden nach der Entfernung des Tampons gefunden. 2. Ferrocyankalium in einer 5% Lösung war 3 Stunden und 24 Stunden nach der Einführung des Tampons nachweisbar. 3. Ferricyankalium in einer 9% Lösung liess sich in 2 Stunden nachweisen, zugleich trat aber auch die Reaction auf Ferrocyankalium auf, es wurde also ein Theil des Ferricyankalium reducirt. Claude Bernard, der bei Fütterungsversuchen sich ebenfalls von dieser Reduction überzeugte, schreibt dieselbe der desoxydirenden Wirkung des Blutes zu. H. hält für unmöglich, dass auch bei Fütterungsversuchen die Reduction erst im Harn stattgefunden hat. Unter den bekannten Harnbestandtheilen hat die Harnsäure eine reducirende Wirkung auf das Ferricyankalium. 4. Salicylsäure in einer 2% Lösung in phosphorsaurem Natron wurde 3 Stunden nach der Einführung mittelst Eisenchlorid im Harne nachgewiesen. 5. Bromkalium in einer 6% Lösung nach 3 Stunden und 6. Rhodankalium in 10% Lösung ebenfalls 3 Stunden.

7. Eisen hat H. als schwefelsaures Eisenoxydul, als milchsaures und als citronensaures Eisenoxyd eingeführt, dasselbe war im frischen Harn nicht nachweisbar. Es war aber ebensowenig im frischen Harn zu finden, wenn es in verschiedener Form innerlich gegeben wurde. Andererseits hat H. in Widerspruch mit vielen Angaben das Eisen selbst in der Asche des normalen Harnes niemals vermisst. Die Anwesenheit eines Eisensalzes im Harne selbst in der minimalen Menge von 0.00018 Grm. in 100 Cub.-Cm. Harn konnte mittelst Schwefelammonium nachgewiesen werden, hieraus lässt sich folgern, dass das in der Harnasche nachweisbare Eisen im frischen Harne niemals in der Form eines Eisensalzes anwesend war.

8. Lithium in einer 10% Lösung als Chlorlithium eingeführt wurde nach zwei Stunden im Harn nachgewiesen. Diese Versuche constatiren die physiologische Thatsache, dass von der Schleimhaut der Vagina Substanzen resorbirt werden können. Für die praktische Medicin resultiren die Consequenzen, dass Medicamente per Vaginam gegeben werden können, wenn Gründe vorhanden sind, den Magen zu schonen, ebenso lassen sich die Resultate für die gynäkologische Praxis in manchen

Digitized by Google

Richtungen verwerthen, und auch in der Balneotherapie kann die Resorption durch die Schleimhaut der Scheide als ein therapeutischer Factor in Erwägung gezogen werden. Loebisch.

374. Ueber den Einfluss einiger Mittel auf die Ausscheidung des Harns und seine Bestandtheile bei Diabetes mellitus. Von Dr. Julius Jacobs. (Virchow's Archiv, 67. Bd., 2. Heft, S. 197.)

Die Untersuchungen von Ed. Külz, durch welche er nachwies, welchen Einfluss einige gegen Diabetes empfohlene Mittel auf den Lauf der Krankheit, namentlich auf das quantitative Verhalten des Zuckers im Harn ausüben, veranlassen J., einige schon früher zu demselben Zwecke von ihm gemachte Beobachtungen zu publiciren. Dieselben beziehen sich auf einen der schweren Form des Diabetes angehörenden Patienten, der im akademischen Krankenhause zu Groningen verpflegt wurde. J. untersuchte bei ihm den Einfluss von Sauerstoffinhalationen (ohne und mit gleichzeitigem Gebrauch von Martialia), Infusum Baccarum Juniperi, Acidum tannicum und ozonisirtem Terpentin auf die verschiedenen Harnbestandtheile. Der Pat. starb schliesslich an pneumonischen Erscheinungen, die Obduction lieferte kein pathognomonisches Moment für das Entstehen des Diabetes. Während der zwei Monate, in welchen die Untersuchungen stattfanden, hatte sich der Zustand des Patienten wenig oder gar nicht geändert. Das Körpergewicht war beinahe dasselbe geblieben. Die Resultate der Untersuchungen sind tabellarisch zusammengestellt und mögen im Originale nachgesehen werden. Es schwankte die tägliche Harnmenge zwischen 5870 (ohne Medication) und 9588 Cub.-Cm. (ozonis. Terpentin), das Chlornatrium täglich 50.71—66.95 Grm. (Inf. bacc. Junip.), der Harnstoff 91.241—151.34 Grm. (ozon. Terpentin), der Zucker 38.73—80.35 Grm. (Acid. tannicum). Auffallend bleibt, dass der Pat. ohne Medication überall die geringsten Mengen ausscheidet.

Loebisch.

375. Ueber die Phosphorescenz verwesender Organismen. Von E. Pflüger. (Pflüg. Arch. XI. 222—263.)

Die Uebereinstimmung des Verhaltens der Leuchtmaterie verwesender Organismen mit der Phosphorescenz lebender Wesen führte zu der Vermuthung, dass es sich auch hier um das Leuchten lebendiger Organismen handle, welche auf todten schmarotzen.

Niemals leuchtet ein absolut frischer Fisch. Bewahrt man dagegen einen frischen Seefisch in einer 3% Na Cl-Lösung umspült im kühlen Keller auf, so beginnt derselbe bereits am zweiten Abend in den Augenhöhlen zu leuchten. Allmälig dehnt sich die Phosphorescenz über das ganze Thier aus, zuverlässlich und ausnahmslos allabendlich an Intensität zunehmend, bis sie mit dem Eintritt stinkender Fäulniss allmälig erlischt. Stark phosphorescirende Fische leuchten, trotzdem sie ganz transparent aussehen, nur an der die Luft berührenden Oberfläche. Die Leuchtmaterie

Digitized by Google

kann mit dem Messer abgekratzt werden, Schnittflächen beginnen erst nach einigen Stunden zu leuchten, Stellen, welche einer nicht porösen Unterlage fest anliegen (z. B. der Wand eines Becherglases) bleiben dunkel.

Die leuchtenden Stellen sind von einem trübweisslichen Schleim überzogen, dessen Bestandtheile die Phosphorescenz bedingen. Dieselbe ist in hohem Grade abhängig von der Quantität des vorhandenen Sauerstoffs. Darauf beruht auch die Möglichkeit, durch den elektrischen Strom Leuchten hervorzurufen, denn bei Anwendung unpolarisirbarer Elektroden bleibt das Leuchtwasser dunkel. Alle Reagentien, welche das Eiweiss coaguliren und auf diese Weise organisches Leben zerstören, vernichten die Phosphorescenz des Wassers, in welchem Leuchtmaterie verwesender Organismen suspendirt ist.

Mit Seesalzlösung getränkte Süsswasserfische wurden in zwei Hälften zerschnitten und die eine Hälfte ruhig hingestellt, die andere aber mit einer Seesalzlösung überspült, in welcher Seefische gelegen hatten, und getrennt von der ersten aufbewahrt. Das Resultat war, dass ein unter gleichen Verhältnissen beobachteter Seefisch zuerst zu leuchten begann, dann nach 2—3 Tagen die mit der Seefisch-Salzlösung bespülte Hälfte des Süsswasserfisches anfing und dann fortfuhr, stärker und stärker zu phosphoresciren, die intacte andere Hälfte desselben aber absolut dunkel blieb. Diese Thatsachen beweisen, dass die Uebertragbarkeit der Leuchtmaterie auf einer Infection beruht, deren Träger, wie die mikroskopische Untersuchung des erwähnten Schleimes ergab, in zahlreichen Schizomyceten-Formen bestehen. Mit Hilfe fractionirter Filtration durch eine besondere Sorte ungeleimten Druckpapiers gelang es, diese lebendigen Schizomyceten, das eigentlich Leuchtende, von dem Wasser zu trennen. Von diesem Gesichtspunkt aus erklären sich die in der Literatur angegebenen Fälle von leuchtendem Harn, Schweiss, Fleisch, Gerippen, die Phosphorescenz des faulenden Holzes, als an das Vorhandensein lebender Mikro-Organismen und deren leuchtende Respiration gebunden.

Immer ist die Licht-Intensität ausserordentlich schwach und nur bei durch Verweilen im Dunkeln reizbar gewordener Retina zu bemerken. Durch Insolation kann die physiologische Phosphorescenz nicht hervorgerufen werden, ebenso wenig bei Abwesenheit von Sauerstoff durch Wärme oder Elektricität. Sie charakterisirt sich demnach — im Gegensatz zur Phosphorescenz unorganischer Körper — als das Product eines Verbrennungsprocesses. Lassar.

376. Ueber das Verhalten des Harnes bei Melanosen nach Beobachtungen auf Professor Halla's Klinik. Von Dr. Fr. Ganghofner und Pr. Dr. A. Pribram in Prag. (Prager Vierteljahrsschrift Bd. 130. S. 77.)

Die Verfasser kamen nach eingehendem Studium eines Falles von melanotischem Carcinom zu folgenden Resultaten:

Digitized by Google

1. Harn von Kranken mit melanotischen Carcinomen enthält zeitweilig ein Chromogen, das beim Zusatz von Oxydationsmitteln sowie beim freien Stehen an der Luft intensiv geschwärzt wird; 2. auch wenn der Process der melanotischen Neubildung fortschreitet, kann das Chromogen vorübergehend bis zum Schwinden der Reaction sich vermindern; 3. die relative Menge des Chromogens und damit die Intensität der Reaction schwankt im umgekehrten Verhältnisse zur 24stündigen Harnmenge, resp. zur Menge des Harnwassers; 4. dagegen im geraden Verhältnisse zum specifischen Gewichte, d. i. zur Menge der festen Bestandtheile; 5. das Nachweisbarwerden des Chromogens ist unabhängig a) von bestimmten Temperaturhöhen (Fieber), b) von Behinderungen des Athmungsorganes, c) auch zu der Qualität und Menge der Stuhlgänge, also mittelbar zur Darmfunction lässt sich eine Beziehung nicht erkennen; 6. in dem einzigen von den Verfassern in dieser Richtung genauer untersuchten Falle war neben der Anwesenheit des Chromogens bedeutende procentische Vermehrung der Indicanausscheidung vorhanden; 7. die Anwesenheit des Chromogens stört die einfache Indigoreaction mit Salzsäure und Chlorkalk; nach Ausfällung des ersteren wird die letztere deutlich; 8. es ist unentschieden, ob das bei melanotischen Carcinomen im Harn ausgeschiedene Chromogen ein besonderes Pigment oder eines der gewöhnlichen Harnpigmente in enormer Vermehrung darstellt; wahrscheinlicher ist das Erstere, denn es lässt sich 9. aus dem fraglichen Harne ein Farbstoff darstellen, der durch seine besondere Resistenz gegen die gewöhnlichen Lösungsmittel von den bekannten schwarzen Farbstoffen des Harnes abweicht.

Loebisch.

377. **Zur Untersuchung des Harns auf Gallenfarbstoff.** Von Dr. Ottomar Rosenbach. (Centralblatt f. d. med. Wissensch. 1876, Nr. 1.)

Wegen der oftmals geringen Prägnanz und kurzen Dauer der gebräuchlichen Gmelin'schen Gallenfarbstoff-Reaction theilt Verfasser eine namentlich für Demonstrationen angenehme Probe mit, von deren Brauchbarkeit sich Ref. öfter überzeugte. Lässt man icterischen Harn durch gewöhnliches weisses Filtrirpapier filtriren, so färbt sich dies intensiv gelb bis braun. Tropft man nun auf die Innenfläche dieses so veränderten Papiers (d. h. auf die der Flüssigkeit zugewandt gewesene Seite) mit einem Glasstabe einen Tropfen concentrirter, wenig (fast gar nicht) rauchender Salpetersäure, so wird die betupfte Stelle gelb, dann gelbroth, am Rande schön violett; an der Peripherie bildet sich ein intensiv blauer Ring und an diesen schliesst sich sogleich ein immer deutlicher werdender, zuletzt smaragdgrüner Kreis. Am besten ist es, das Papier in feuchtem Zustande, ohne es nach dem Filtriren erst trocknen zu lassen, zu betupfen, da die Reaction dadurch etwas intensiver erscheint. Lässt man den Tropfen Salpetersäure über die Innenfläche des Filters herablaufen, so

Digitized by Google

zeigt sich eine längliche Figur, die auf das Schönste alle Farbenveränderungen zeigt, deren unterer Theil jedoch, entsprechend der von oben nach unten zunehmenden stärkeren Tingirung des Filters, eine deutlichere Farbenreaction zeigt als der obere. Die Farben bleiben neben einander sehr lange, bisweilen stundenlang bestehen und lassen sich also gut demonstriren. Im durchfallenden Lichte treten die gefärbten Partien bisweilen auffallend distinct hervor, namentlich der Ring. Taucht man Fliesspapier in icterischen Harn nur ein und betupft dann mit Salpetersäure, so ist die Reaction nicht so prägnant, ja der grüne Ring fehlt meist ganz. In farbstoffreichen aber nicht icterischen Urinen lässt sich das Farbenspiel nicht zeigen. Loebisch.

378. Eine angebliche Gallenfarbstoffreaction. Von Dr. Ottomar Rosenbach. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16, 1876.)

Dr. Rosenbach macht Einwürfe gegen die von Constantin Paul im 129. Bande der Prager Vierteljahrschrift angegebene Methode, Gallenfarbstoffe im Urin nachzuweisen. Nach Constantin Paul tritt bei Zusatz von Galle oder Gallenfarbstoffen zu einer Lösung von Pariser-Violett (Methylanilin) eine charakteristische Rothfärbung auf, Farbstoffe der Senna und des Rhabarber, wenn sie im Harne auftreten, können dieselbe Färbung bedingen. Man kann sich leicht überzeugen, dass in der That bei Zusatz von verdünnter Galle (reine bewirkt eine schmutzige Färbung) namentlich aber bei Zusatz von icterischem Urin eine sehr charakteristische Rothfärbung der vorher schön violett erscheinenden Lösung eintritt; jedoch ist diese Farbenveränderung bei bedeutenderen Verdünnungen des zu prüfenden Urins nicht mehr deutlich. Eine Erklärung für diesen Farbenwechsel ist auf chemischem Wege schwer zu geben und scheint auch nicht versucht zu sein. Um eine Reduction des Methylanilins durch Gallenpigment nach Analogie der gebräuchlichen Reaction mit rauchender Salpetersäure kann es sich nicht handeln, (wo hat Herr Rosenbach erfahren, dass die rauchende Salpetersäure reducirend wirkt?! Ref.), auch nicht um eine durch die saure oder alkalische Reaction der zugesetzten Urinflüssigkeit bewirkte Farbenveränderung der Lösung des Methylanilins. Da die Farbstoffe des Rheum und der Senna keine chemische Verwandtschaft mit dem Gallenpigmente haben und nur eine Farbenähnlichkeit mit einander zeigen, so kann nach Ref. jene Farbenänderung vielleicht durch das Auftreten einer aus den beiden verwendeten Farben (roth und violett) resultirenden Mischfarbe bedingt sein. Es muss, wenn diese Erklärung richtig ist, jede dunkelbraune, dem icterischen Urin ähnliche Flüssigkeit, gleichviel ob sie Gallenpigment enthält oder nicht, je nach ihrer Farbennuance oder je nach der Concentration der Methylanilinlösung eine Rothfärbung in der letzteren bewirken. Dieses Resultat erreichte R. auch bei allen in der angegebenen Weise ausgeführten Versuchen, er fand, dass schwarzbrauner Urin (Carbolharn) entspre-

Digitized by Google

chend verdünnt, ja selbst Kaffee jene scheinbar charakteristische Rothfärbung in der Lösung von Methylanilin hervorbrachten, wodurch die Werthlosigkeit der genannten Reaction für die Erkennung von Gallenfarbstoffen erwiesen ist. Loebisch.

379. Untersuchungen über den Nachweis des Quecksilbers in der Frauenmilch während einer Einreibungscur mit grauer Salbe. Von Dr. Eduard Klink. (Vierteljahrsschrift für Dermat. und Syphilis. 1876. 2. Heft, S. 207.)

Zur Lösung der Frage, ob das Quecksilber beim innerlichen oder hypodermatischen Gebrauche, so wie bei äusserer Einreibung der grauen Salbe in der Milch der stillenden Frauen nachweisbar sei, unternahm K. eine Reihe von Untersuchungen der Milch einer syphilitischen Frau, die ihr eigenes, ebenfalls syphilitisches Kind stillend, der Einreibungscur mit grauer Salbe unterworfen war. Trotzdem aus dem günstigen Verlaufe der syphilitischen Affection in diesem Falle der Schluss erlaubt war, dass das Quecksilber durch die Einreibungen, denen die das Kind stillende Mutter unterworfen wurde, aus ihrem Blute in die Milch passirte und auf diesem Wege so günstig auf das Kind wirkt, wollte K. doch den positiven Nachweis hiefür liefern, indem bis in neuester Zeit (Reder, Hartmann, Kahler) Zweifel sich darüber geltend machten, ob das Quecksilber in die Milch der Mutter passire. Die Untersuchung wurde in Judakowski's Laboratorium nach der bekannten Methode von Schneider ausgeführt. Die Menge des erhaltenen Jodquecksilbers war sehr gering, doch genügend, um die erwünschte Reaction zu bekommen. Die Ursache, weshalb bis zu dieser Zeit das Uebergehen des Quecksilbers in die Milch dem Zweifel unterlag, scheint nach K. seine Erklärung darin zu finden, dass die Forscher eine zu geringe Menge der Milch bei ihren Untersuchungen brauchten und andererseits in der Unvollkommenheit der angewandten Methoden. Loebisch.

380. Ueber die physikalisch-chemischen Hilfsmittel, um die Gegenwart des Zuckers im Blute nachzuweisen. Von Claude Bernard. (Gazette médicale de Paris. Juni 1876. 302.)

Um den im Blute des Menschen und der Thiere vorkommenden rechtsdrehenden Zucker mit Sicherheit nachweisen zu können, muss man vor Allem die zuckerhältige Flüssigkeit von den Eiweisskörpern trennen. Es kann dies nach drei Methoden erreicht werden: 1. indem man das Blut durch siedendes Wasser oder durch überhitzten Wasserdampf coagulirt, das Filtrat eindampft und schliesslich die concentrirte Flüssigkeit entfärbt; 2. durch Fällen des Blutes mit Alcohol, Verdampfen der alcoholischen Lösung, Lösen des Rückstandes in Wasser und Entfärben der Lösung; und 3. indem man nach dem Verfasser sowohl die Gerinnung als Entfärbung des Blutes mittelst Natriumsulfat bewirkt. Die Ausführung

Digitized by Google

der letzteren Methode ist folgende: Man setzt zu dem Blute eine gleiche Gewichtsmenge Natriumsulfat in Krystallen. Man erhitzt dann das Gemisch, ohne Wasser hinzuzusetzen, unter beständigem Umrühren. Bald erhält man eine schwarze, schwammige Masse, welche in der alkalischen Flüssigkeit schwimmt, die nun entfärbt und frei von Eiweisskörpern ist. In dieser Lösung nun lässt sich der Zucker nach den bekannten Methoden nachweisen. Loebisch.

381. Quantitative Bestimmung der löslichen Sulfate mittelst titrirter Flüssigkeiten. Von Cadier. (Gazette médicale de Paris. Juli 1876, S. 322.)

Die Schwefelsäure wird mit essigsaurem Baryt gefällt, der Ueberschuss an Baryt wird durch neutrales Kaliumchromat gemessen, wobei salpetersaures Silber als Indicator benützt wird, um einen Ueberschuss des Chromates anzuzeigen. Die Reaction ist nur in neutraler Lösung ausführbar. Man gibt zur gemessenen Flüssigkeit, in welcher die löslichen Sulfate gemessen werden sollen, aus einer graduirten Pipette eine titrirte Lösung von Bariumacetat im Ueberschuss. Nun tropft man aus einer mit Chromlösung gefüllten Bürette so lange in die obige Flüssigkeit, bis ein Tropfen, den man mittelst Glasstab auf Filterpapier gebracht hat, an seinem äusseren Rande die Reaction von Silberchromat gibt. Man muss die Silberlösung deswegen am Rande des Tropfens einwirken lassen, weil in der Mitte desselben sich das unlösliche Bariumchromat abscheidet, während der geringste Ueberschuss an löslichem Kaliumchromat am Rande des von dem Filtrirpapier imbibirten Tropfens nachweisbar wird. (Die Methode ist complicirt und wegen Gegenwart der Chloride auch ungenau. Ref.) Loebisch.

382. Kann man durch Einführung von Milchsäure in den Darm eines Thieres den Knochen anorganische Bestandtheile entziehen? Von Dr. Ernst Heiss. (Zeitschrift für Biologie. XII. Band, II. Heft.)

Die Untersuchungen Marchand's, welche an rhachitischen Kindern angestellt wurden, ergaben in dem Harne dieser Kinder den Befund bedeutender Mengen von Milchsäure und phosphorsauren Kalkes. Die Milchsäure soll nach ihm durch abnorme Gährung der Kohlenhydrate im Darm entstanden sein, dann die Lösung der Knochenerde bewirkt haben und mit der gelösten Knochenerde in den Harn übergeführt worden, die Rhachitis demnach die Folge abnormer Verdauungsorgane sein. Nachdem Liebig aber die Behauptung aufgestellt hatte, dass die Milchsäure im thierischen Körper zerstört werde, schränkte man das Vorkommen der Milchsäure nur auf den erkrankten Knochen ein oder es wurde die Lösung der Kalksalze nicht als durch Milchsäure, sondern als eine durch Oxalsäure bedingte Erweichung des Knochens aufgefasst. Heitzmann hingegen kehrte wieder zu der früheren Anschauung zurück und erklärte, dass man durch subcutane Injectionen von Milchsäure oder durch

Digitized by Google

Beimischung derselben zu der Nahrung an Fleischfressern anfangs Rhachitis, später aber unter Zurücktreten der rhachitischen Zufälle Osteomalacie, an Pflanzenfressern hingegen ohne das Vorstadium der Rhachitis gleich Osteomalacie herbeiführen könne.

Der Verfasser hat nun diese Versuche unter gewissen Modificationen wiederholt. Es wurde ein kleiner Hund mit Fleisch, das von Knochen, Fett und Bindegewebe möglichst gereinigt worden war, gefüttert. Zur Wohnung wurde dem Versuchsthiere ein umgestürzter Schwefelsäureballon mit abgesprengtem Boden angewiesen. Harn und Koth wurden in einem untergestellten Glasgefässe aufgefangen. Die Versuche wurden durch 308 Tage hindurch geführt.

Das Thier hatte nie Krankheitserscheinungen gezeigt, nur die hinteren Extremitäten sollen Parese und eine durch den nach unten conisch zulaufenden Ballonkäfig bedingte schwache Krümmung zur Schau getragen haben. Die Section des getödteten Thieres ergab nichts, was auf Rhachitis oder Osteomalacie bezogen werden könnte. Die chemische Untersuchung bestätigte den pathologischen Befund: es konnte weder im Knochen, noch im Blute oder Fleische eine Abnahme von Kalk oder Magnesia constatirt werden; weiters wurde sichergestellt, dass ebensoviel Magnesia und Kalk durch Niere und Darm ausgeschieden wurde, als durch die Nahrung dem Thiere zugeführt worden war. Die chemische Untersuchung des Harnes ergab nicht, wie man nach Liebig, dessen Angaben dahin lauten, dass bei Fleischfressern die freien Pflanzensäuren unverbrannt den Körper passiren, erwarten sollte, den Befund grosser Mengen von Milchsäure im Harne, sondern das Resultat wies deutlich darauf, dass die Milchsäure im Körper zum grössten Theile in Kohlensäure und Wasser zerlegt worden sei. Wenn aber die Milchsäure zum grössten Theile verbrannt, zum geringeren Theile mit dem Harn entfernt wird, wenn daher durch dieselbe niemals das Blut oder die Gewebe sauere Reaction annehmen können, so ist es unmöglich, dass durch diese Säure Kalksalze gelöst werden, Rhachitis und Osteomalacie sich entwickeln könnten. Spina.

383. Bemerkungen über die gleichzeitige Aufnahme von Kohlensäure und Sauerstoff bei dem Athmen des Frosches im geschlossenen Raume. Von G. Valentin. (Zeitschrift für Biologie. XII. Band, II. Heft.)

Es ist schon aus älteren Erfahrungen bekannt, dass die von dem Blute aufgenommene Kohlensäure nicht abgegeben wird, sowie der Gehalt der Luft an Kohlensäure eine gewisse Grenze überschreitet, das geschieht aber dann, wenn der Partialdruck dieses Gases in der Einathmungsluft grösser als im Blute geworden ist. Es gibt also einen Indifferenzpunkt, wo weder Aufnahme noch Ausscheidung von Kohlensäure erfolgen kann. Der Versuchsfrosch wurde in einen mit Luft gefüllten Behälter gebracht,

Digitized by Google

dessen Cubikinhalt 307 Cc. betrug. Dieser Raum wurde aber durch den eingebrachten Frosch und durch Eingiessen von 45—90 Cc. Quecksilber noch verringert. Das Thier durfte höchstens vier Tage in diesem Luftquantum belassen werden.

Der Frosch blieb zuerst 68 Stunden in dem Behälter. Das Thier machte keine Athembewegungen, wohl aber, wenn der Deckel des Apparates abgehoben wurde; herausgenommen, konnte er sich kaum bewegen. Die Luft wurde umfüllt, der Frosch in den Apparat gebracht, nach 23 Stunden 50 Cm. Quecksilber eingegossen, nach 24 Stunden 60 Cm., nach anderen 24 Stunden 45 Cm., der Frosch lag wie todt, regte sich aber noch nach der 2. Füllung, wenn er von dem Quecksilberregen getroffen wurde.

Während des letzten Quecksilberregens bekam aber das Thier heftige Starrkrämpfe. Die Analyse der Luftmengen ergab Resultate, aus welchen man Folgendes schliessen kann.

Das Dalton'sche Gesetz, welches erfordert, dass um so weniger Kohlensäure ausgeschieden werde, je mehr Kohlensäure in der umgebenden Luft sich befindet, vorausgesetzt, dass die Kohlensäurespannung des Blutes grösser als die der Luft ist, trifft in diesen Versuchen zu. Befand sich der Frosch eine Reihe von Tagen hindurch in demselben Behälter, und wurden die Luftquantitäten immer geringer gemacht, so sank der gesammte Gaswechsel. Es wurde in 4 Tagen an Kohlensäure ausgeschieden 53, 34, 5·6, 5·65 Milligramm und an Sauerstoff verbraucht 48·6, 16·5, 4·2, 4·6 Milligramm. In jenem Zeitpunkte, in welchem das Thier nunmehr geringe Mengen an Kohlensäure abgab, lieferte es in frischer Luft um so geringere Mengen von Kohlensäure und verzehrtem Sauerstoff, je öfter der Gaswechsel des Thieres durch den Aufenthalt in kleinen Lufträumen herabgesetzt wurde. Blieb er dann über einen Tag in dem geschlossenen Raume, so sank die Ausscheidung der Kohlensäure, die Absorption von Sauerstoff dauerte aber immer. Dieser wird daher keine Verbrennungsproducte erzeugt haben, durch welche Kohlensäure an die Luft abgegeben werden konnte.

Es trifft oft zu, dass ein heruntergebrachter Frosch, in reine Luft gebracht, weder Kohlensäure aufnimmt noch ausscheidet, und später die geringe Kohlensäuremenge derselben aufnimmt. Ein Frosch, der Kohlensäure aufgenommen hatte, kann diese wieder ausscheiden; solche heruntergebrachte Thiere nehmen am ersten Tage in reiner Luft weder Kohlensäure an, noch geben sie welche ab, am zweiten Tage hingegen lassen sie geringe Mengen dieses Gases austreten. Starrkrämpfe treten in jenem Falle ein, in welchem eine Aufnahme von einer kleinen Menge von Kohlensäure erfolgte, später aber unter Rückbehaltung grosser Sauerstoffmengen eine etwas stärkere Ausscheidung von Kohlensäure aufgetreten war. Spina.

Digitized by Google

Kritiken und Buchanzeigen.

384. Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolph-Stiftung in Wien vom Jahre 1875. (Im Auftrage des hohen k. k. Ministeriums des Innern veröffentlicht durch die Direction dieser Anstalt. Wien 1876. Verlag der Anstalt.)

Nebst eingehendster, erschöpfender statistischer Darstellung aller Vorkommnisse des Spitales im genannten Jahre (Gesammtsumme der Kranken 6692), welche für sich allein 280 Seiten in Anspruch nimmt und eine Fülle von Aufklärungen in Fragen bietet, welche eben nur eine gute und gewissenhafte Spitalsstatistik gewähren kann und auf welche die Statistik in vielen Fragen entsprechende Rücksicht zu nehmen haben wird, finden wir „ärztliche Beobachtungen, physiologische und therapeutische Versuche, Krankengeschichten und Operationen". Und mit diesem Theile dieses überaus lobenswerthen Spitalsberichtes wollen wir uns etwas näher beschäftigen. Primarius Mader hat Versuche mit Hegar's Trichterapparat angestellt und gefunden, dass an Leichen die starr und unnachgiebig gewordenen Bauchdecken das Einfliessen von Wasser aus dem Apparate in den Darm behindern. Bei völlig ruhiger Lagerung üben die Bauchwandungen so gut wie gar keinen Druck aus. Die 14 Cm. Druckhöhe, die im Leben zum Einfliessen nöthig sind, entsprechen der Höhe, bis zu welcher das Wasser im Colon descendens emporsteigen muss, um den höchsten Punkt zu erreichen und durch das Quercolon abzufliessen. In cadavere war das Wasser schon, nachdem 2 Liter eingegossen waren, im Dünndarme zu sehen, und dasselbe wäre nach M. auch in vivo der Fall und zwar ohne etwaigen Functionsnachlass der Bauhini'schen Klappe.

Mader verwendet den Hegar'schen Apparat ausschliesslich anstatt der Klystierspritze (in 2 Fällen von dysenterieartigen Diarrhöen) zu Eingiessungen von Tannin- und Alaunlösungen „mit aufmunterndem Effect"; zur Ausspülung des Dickdarmes bei Bandwurmcuren nach Mosler. Bei einem „tumor abdominalis", der den Bauchwandungen direct anzuliegen schien, war nach der Anfüllung des Dickdarmes mit Wasser leicht zu constatiren, dass letzterer den Tumor (retroperitonealis) bedeckte. Auch zum Ausspülen des Magens, der Harnblase mittelst Katheters à double courant, so wie des Pneumothorax verwendet M. den Trichterapparat.

Referent, der sehr oft Eingiessungen in den Darm gemacht hat, fand sehr häufig in Reizbarkeit und Spasmus des Darmes, hartem Scybalis in demselben ein Hinderniss für das weitere Vordringen der Flüssigkeit. Scarificationen bei hochgradigem Oedeme empfiehlt M. auf Grund von 3 Fällen folgendermassen auszuführen: Auf ein Stückchen Guttaperchapapier, von dessen 4 Rändern 3 mit Heftpflaster überzogen sind, wird eine dicke Schichte Ungt. simplex gestrichen und damit werden die mit der Lancette gemachten kleinen Incisionen so bedeckt, dass die für den Serumabfluss bestimmte Seite den tiefsten Punkt einnimmt.

Digitized by Google

Das Amylnitrit, von dem M. glaubt, dass es durch Beeinflussung gewisser vasomotorischer Centra im Rückenmarke, ferner aber auch noch ähnlich wie Alkohol, Aether und Chloroform betäubend wirke, hat M. hauptsächlich bei Kopfschmerzen angewendet (6—10 Tropfen) und in mehr als der Hälfte der Fälle mehr weniger dauernden, oft blitzähnlich schnell eintretenden Erfolg gesehen. In einigen Fällen sah er vorübergehend unangenehme Zufälle (Herzpalpitationen, narkoseähnliche Zustände u. dgl.) eintreten, wie auch andere Beobachter.

Bezüglich der (2%) Carbolinjectionen überzeugte sich M. zunächst von der local anästhesirenden Wirkung derselben. Bei Arthritis rheumatica fand M. diese Injectionen theils von eclatantem Erfolge, theils nur anfangs sehr erfolgreich gegen die Schmerzen und die Schwellung. In anderen Fällen war die Wirkung geringer. In 7 Fällen von Rheumatismus muscularis sechsmal Besserung, in 17 Fällen von Pleurodynie in Folge von Tuberculose oder Pleuritis achtmal bedeutende Erleichterung, ebenso in 6 Fällen von Pneumonie fünfmal Erleichterung des localen Schmerzes. Bei 6 Fällen von Ischias fünfmal auffallend gute Wirkung.

Die Tinctura corticis Coto (mit Wasser stark verdünnt, mit Zusatz von extr. liquir.) zu 10 Tropfen 2stündlich (in maximo: 90 Tropfen pro die) nimmt nach M. unter den Antidiarrhoicis (namentlich bei Tuberculösen) einen „gewiss hervorragenden Platz" ein.

Ein ernstes Wort muss Ref. an Herrn Mader bezüglich der Mittheilungen des letzteren über die hydriatische Behandlung des Typhus richten.

Ich muss die Ergebnisse der Bemühungen des Herrn Dr. Mader für völlig irrelevant zur Entscheidung dieser für den Kundigen übrigens längst entschiedenen Sache halten. Herrn Dr. Mader's Versuche berechtigen ihn durchaus nicht, etwas gegen die Hydrotherapie des Typhus auszusagen. Herr Dr. Mader hat nämlich nicht nur die nun schon von so vielen und so competenten Seiten gemachten Mittheilungen über die Verringerung der Typhusmortalität durch die kalte Behandlung nicht bestätigen können, sondern sogar bei seinen hydriatisch behandelten Fällen eine um 2·2% höhere Mortalität erzielt als bei den nicht hydriatisch behandelten Fällen. Unsere Leser, mit der Sachlage und den gewöhnlichen Fehlern der Methodik bei dieser Behandlungsmethode durchaus vertraut gemacht, werden gleich uns sofort fragen: wie hat Herr Mader seine Typhuskranken behandelt? Hat er sie mit Einem Worte im Sinne Brand's behandelt? Ja oder nein? Die Antwort auf diese Frage lautet: nein! Den Beweis dafür, dass Herr Dr. Mader seine Fälle nicht richtig hydriatisch behandelt hat, d. h. nicht so, wie Brand und seine Anhänger und Nachfolger es verlangen, liefere ich hiemit:

1. Herr Dr. Mader gibt an, dass er seine Typhuskranken zweistündlich gemessen hat; ob er sie aber auch in der Nacht zweistündlich gemessen hat (resp. mit welcher Controle über die Wärtersleute er sie

Digitized by Google

hat messen lassen), gibt Herr Dr. Mader nicht ausdrücklich an. Die Präsumtion spricht demnach dagegen, dass — wie Brand und seine Anhänger ausdrücklich verlangen — jede Exacerbation der Temperatur constatirt, geschweige denn bekämpft wurde.

2. Herr Dr. Mader modificirte (ohne jede innere Nothwendigkeit) die als die beste anerkannte Methode der Behandlung mit kalten Bädern dahin, dass bei ihm der Kranke „in ein laues Halb- oder Vollbad gebracht wurde, in dem er durch eine halbe bis Viertelstunde blieb".
3. und 4. „Zum Schlusse liess M. bei allen mehr somnolenten Fällen ganz kalt douchen." Da aber bei der richtigen hydriatischen Behandlung in allen Fällen Kopf und Stamm ganz kalt übergossen wird, so liegt darin ein weiterer Beweis dafür, dass M. seine Fälle falsch behandelt hat. Dieser Beweis liegt aber auch darin, dass Herr Dr. Mader „mehr somnolente" Fälle hatte. Ein richtig hydriatisch behandelter Fall wird nicht „mehr", sondern überhaupt nicht somnolent.
5. „Je schwerer der Fall, umso eifriger die Durchführung." Daraus geht wieder hervor, dass Herr Dr. Mader die richtige Brand'sche Methode eigenmächtig verlassen hat. Diese Methode verlangt Bekämpfung jeder Exacerbation, gleichgiltig ob der Fall schwer oder weniger schwer ist. Herr Dr. Mader wurde wahrscheinlich genöthigt, Fälle „umso eifriger" zu behandeln, welche bei richtiger Behandlung gar nicht schwer geworden wären.
6. Herr Dr. Mader verurtheilt übrigens seine Methode selber, indem er sagt: „es muss wohl bemerkt werden, dass die Zahl der Bäder allerdings durch die Verhältnisse gewisse Beschränkungen erlitt", dass namentlich in den vorgerückten Nachtstunden und auch sehr oft in den Morgenstunden nicht gebadet wurde. Kalte Waschungen traten dann an die Stelle der Bäder." Ich weiss nicht, was für „Beschränkungen" die Cur noch ausser diesen namentlich angeführten erlitten hat, ebensowenig wie ich weiss, welche Stunde Herr Dr. Mader schon zu den „vorgerückten Nachtstunden" rechnete. In Wien werden bekanntlich die Hausthore schon um 10 Uhr geschlossen. Vielleicht gilt dies schon für eine die Bäder verhindernde „vorgerückte" Nachtstunde — die Brand'sche Methode kennt jedenfalls ein derartiges Hinderniss für die Bäder nicht.

Kein Kundiger wird also einen Augenblick bezweifeln, dass Herrn Dr. Mader's Behandlung des Typhus eine falsche war, wenn auch Herr Dr. M. wohl um die Stimme seines Gewissens zu beschwichtigen sagt: „dass gerade diese Beschränkungen den geringen Effect der Methode verschulden, wird man kaum ernstlich behaupten wollen."

Ich wenigstens behaupte im Gegentheile sehr „ernstlich", dass Herr Dr. M. nicht in der Lage ist, darüber etwas auszusagen, ob die richtige

Digitized by Google

und allgemein bekannte hydriatische Methode die Mortalität im Typhus herabzusetzen vermag oder nicht.

Wer durch Mangel an kaltem Wasser oder an Wärterpersonale an der kalten Behandlung des Typhus gehindert ist oder wer ohne diesen Mangel die Unterlassung der genannten Behandlungsmethode vor seinem Gewissen verantworten zu können meint, der unterlasse, was er nicht leisten kann oder mag, aber der unterlasse auch, ein Urtheil abzugeben über das, was er nicht versteht. Wer immer nur 0·1 Chloralhydrat gegeben hat, kann nichts darüber aussagen, ob 2·0 Chloralhydrat Schlaf machen.

Wie wenig genau es Herr Dr. Mader übrigens mit der Nachahmung von Versuchen nimmt, ersieht man aus Folgendem:

Bei Besprechung der hydriatischen Behandlung der Pneumonie sagt er, er habe, um der Ansicht Jürgensen's Rechnung zu tragen, seinen (in laue Bäder! gesetzten) Kranken vor und nach dem Bade Rum gegeben! Es ist richtig, dass Jürgensen vor und nach dem Bade Rum etc. gibt, nur mit dem Unterschiede, dass er dies anstatt bei lauen Bädern bei solchen von der Temperatur that, welche das Brunnenwasser eben hat; erzählt doch J. u. A. von seinem eigenen 19 Monate alten, an Pneumonie erkrankten Töchterchen, bei dem er 5—6° kalte Bäder von 10 Minuten Dauer (erfolgreich) anwendete. Laue Bäder gibt Jürgensen allerdings (bei alten, bei fettleibigen und bei schwachen Personen), aber davon, gerade vor lauen Bädern Rum, Wein etc. zu geben, spricht Jürgensen nicht einmal, und ist es daher gegenstandslos, seiner Ansicht gerade da „Rechnung zu tragen". Bei Jürgensen findet sich denn auch eine von ihm noch für auffallend hoch erklärte Mortalität an Pneumonie von 16·5% gegen 21·3% bei Mader. — Sollte jemand übrigens meinen, dass Herrn Dr. M. der Widerwille der Kranken von den kalten Bädern abgehalten habe, so erfährt er pag. 313, dass seine Kranken im Gegentheile die lauen Bäder zurückwiesen. — Wenn wir bei Besprechung dieser Angelegenheit wärmer werden, als bei etwaigen anderen Differenzen in den Angaben der Autoren über therapeutische Erfolge, so erklärt sich dies aus der Wichtigkeit des Gegenstandes für das Leben vieler Kranker und weil die Läugner der Erfolge rationeller Hydriatik beim Typhus sich den für den Unkundigen zu bestehenden Anschein kritischer Skepsis geben, wo nur Mangel an Methodik Schuld an den differenten Ergebnissen ist.

Von (zweistündlich 10 Tropfen von) tinctura Gelsem. sempervir. sah M. Heilung reissender Schmerzen im Bereiche des Auricularis magnus und des Ulnaris. Beim Gebrauche dieses Mittels trat bei einer Patientin und bei M. selber vorübergehend schlechtes Sehen „auf drei Schritte" weit ein.

In den Krankengeschichten polemisirt Herr Dr. Mader weiter (Fall 7, 8, 9) gegen die — wie wir gesehen haben, von ihm nicht verstandene — hydriatische Behandlung des Typhus in der verkehrtesten Weise.

Digitized by Google

Herr Primar. Mader theilt auch die folgenden 3 Fälle mit:

Miliar-Tuberculose unter dem Bilde von chronischem Lungenemphysem verlaufend. A. Woyszyski, 55jähriger Maurer, wurde am 1. Jänner 1876 aufgenommen. Derselbe gab an, seit 2 Monaten an Husten mit Auswurf, Kurzathmigkeit, besonders beim Gehen, Herzklopfen, Abnahme des Appetits zu leiden, ohne dass er eine Ursache wusste. Er hatte nie an Haemoptoe gelitten und war stets gesund gewesen.

Der Kranke war schlecht genährt, abgemagert, dyspnoisch, so dass die Sprache sehr coupirt erschien, wie bei starkem Emphysem. Der Thorax gewölbt und hochstehend. Beide Lungen stark ausgedehnt, so dass die Leber tiefer stehend und die Herzdämpfung verkleinert erschien. Ueberall war zerstreutes Rasseln hörbar, besonders dicht in der linken seitlichen Gegend; daselbst der Percussionsschall tympanitisch. In den unteren Partien das Athmungsgeräusch undeutlich. Das Sputum gelbgrünlich und zähe, wie zuweilen bei Pneumonien, so dass es nahe lag, in der linken Lunge an den Stellen mit dem mässigen Rasseln lobuläre Pneumonie anzunehmen. Fieber fehlte. Temp. 37·8°. Puls 80, klein.

An den folgenden Tagen wurde der Auswurf reichlicher, verlor sein grünliches, pellucides Aussehen und wurde schleimig eitrig, aufgeschäumt. Im Uebrigen blieb das Bild dasselbe. Ein Versuch, den Hauke'schen Apparat anzuwenden, und zwar zur Exspiration in verdünnte Luft, verschlimmerte eher die Beschwerden. Fieber fehlte.

In der zweiten Hälfte des Jänner bekam das Sputum einen eigenthümlichen Charakter; es sah etwa pfirsichblühfarbig und ganz feinschaumig aus, war reichlich und dabei so steif, wie der festeste Eischaum.

Am 22. Jänner sehr grosse Dyspnoë, der Thorax fassförmig, in permanenter Inspirationsstellung; die Scaleni und Sterno-cleidomastoidei arbeiteten mühsam; dagegen waren das Zwerchfell und die Intercostalmuskeln fast unthätig. Ein Versuch, Oleum Terebinth. einathmen zu lassen, sowie starke Emetica hatten keinen Effect. Am 24. Jänner Tod.

Section: Beide Lungen ziemlich gleichmässig von hirsekorn- und darüber grossen grauen Knötchen durchsetzt, dazwischen lufthaltiges Gewebe. Im linken Unterlappen ein frischer Nachschub. Die Lungen in toto und besonders an den Rändern emphysematisch aufgetrieben, gedunsen. In beiden Lungen, besonders in der linken, reichliches Oedem. In den Bronchien eitriger Schleim. Sonst nichts Besonderes.

Tuberculosis miliaris acuta, anhaltende hohe Temperatur. Ein 33jähriger Aufseher, Singer Johann, ein kräftiges Individuum, starb nach 5tägigem Aufenthalte an subacuter allgemeiner, miliarer Lungentuberculose. Es wird desselben der Temperaturverhältnisse halber erwähnt. Während seines Spitalsaufenthaltes zeigte das Thermometer eine fast constante Temperatur von 40° C. sowohl Früh als Abends. Höchst wahrscheinlich hatten diese Temperaturhöhen auch schon vor seiner Aufnahme längere Zeit bestanden (der Beginn der Affection datirte 9 Wochen

Digitized by Google

zurück), und doch bestand mit Ausnahme des letzten Tages keine merkliche Trübung des Bewusstseins, kein typhöses Bild. Wären wirklich die schweren Gehirnsymptome bei Typhus auch nur der Hauptsache nach durch die Höhe der Wärme bedingt, wie behauptet wird, so dürfte man bei Tuberculose nicht so oft Gelegenheit haben, Beobachtungen wie die vorstehende zu machen. (Man sieht, das Gewissen des Herrn Prim. ist in puncto der Typhustherapie trübe, denn nachdem er der „alleinseligmachenden Hydrotherapie" pag. 313 ein Ende bereitet hat, tödtet er sie mit friedlicher Tapferkeit pag. 318 noch einmal. Ref.)

Encarditis exulcerans. Klappenaneurysma. — Tod. Carl F., 26 Jahre alt, Philosoph, wurde am 16. November aufgenommen. Derselbe litt seit 3 Wochen an atypischen täglichen Fieberanfällen und grosser Empfindlichkeit gegen äussere Temperatur. Status: Patient klagt ausser dem eben Angegebenen über mässigen Husten, besonders Nachts, Mattigkeit, Durst, kein Herzklopfen. Derselbe ist kräftig gebaut, gut genährt, Puls 112. Temp. der Achselhöhle 40·2° C. Zunge stark belegt, Lippen trocken; Conjunctiva leicht icterisch. Auscultation und Percussion der Lunge normal. Herzdämpfung beginnt an der 3. Rippe, überschreitet kaum merklich den linken Sternalrand und reicht nach aussen bis zur Mamilla. Der Herzstoss schwach sichtbar und fühlbar, etwas nach einwärts von der Mamilla. Herztöne dumpfer. Milzdämpfung querliegend, handgross, reicht bis zum Rippenbogen und bis in die linke Mamillarlinie. Bauch weich. Urin dunkel, concentrirt klar, ohne Albumen. Bis zum 21. November blieb der Status ziemlich derselbe. Die Temperatur schwankte zwischen 39·2° und 40°. Klagen über Kopfschmerz, schwere Träume, spontane Diarrhöen.

Am 21. November waren zum 1. Mal statt der dumpfen Herztöne deutliche Geräusche zu hören, und zwar am stärksten über der Aorta (am rechten Sternalrand in der Höhe der Mamilla). Es war ein mattes systolisches und scharfes, sehr gedehntes diastolisches Geräusch, welches sich sehr abgeschwächt bis zur Herzspitze und gegen die Herzbasis ausbreitete. Herzdämpfung etwas grösser geworden, reicht bis zur 3. Rippe und etwas über den linken Sternalrand. Das Sprechen erfolgte etwas coupirt. Der Herzschlag regelmässig, der Puls nicht schnellend. Temp. 40°, Abends 39·4°. Die Geräusche behielten ihren Charakter unverändert bis zum Tode; nur die Intensität schien noch zuzunehmen. Die Dämpfung reichte schon am 22. November über die linke Papille etwas hinaus. Der Herzstoss wurde zunehmend stärker, hebend. Der Puls blieb stets regelmässig, nahm nur vorübergehend einen deutlich schnellenden Charakter an, und wurde dann wieder einfach voll, kräftig. „Vermuthlich war durch die aneurysmatische Ausweitung einer Klappe das Aortenostium so weit verengt, dass dadurch die Wirkung der Insufficienz in Bezug auf die Pulswelle aufgewogen wurde."

Tod am 30. November.

Sectionsbefund: Das Herz durch excentr. Hypertrophie seiner beiden Kammern beträchtlich vergrössert, das Herzfleisch ziemlich leicht

Digitized by Google

zerreisslich, in seinen Höhlen lockeres Blutgerinnsel. An der Pars septi membranacea fand sich eine Ausbauchung nach rechts herüber in Form eines von zerrissenen Rändern umgebenen Substanzverlustes, über welchen die beiden angrenzenden Aortenklappen mit zerrissener und von derber Fibrinanfilzung unförmlich anhängender Basis sich befanden, so dass man besonders aus der Tasche der hintern Klappe in die Ausbuchtung der bezüglichen Kammerscheidewand hereinkam. Die Basis der Ausbauchung, welche letztere etwa die Capacität einer grösseren Kirsche besass, ist ziemlich glatt, wie von Endocardium überzogen und öffnet sich mit zerrissenen Rändern in die rechte Kammer gerade nach dem Absatzringe der Tricuspidalis. Die grösste Communicationsöffnung ist etwa linsengross, daneben sind noch secundäre, buckelförmige Ausbauchungen dieser Tasche zu bemerken, welche nur noch vom Endocardium gebildet werden. Die Aortenklappen sonst trübe. Das Endocardium des linken Ventrikels gleichfalls getrübt. Das Aneurysma der Kammerwand hat eigentlich an seinem Grunde eine zweite, schon in die rechte Kammer hineinragende und daselbst die Tricuspidalis zu einer über erbsengrossen Geschwulst emporhebende Ausbauchung, deren Grund eben die erwähnte linsengrosse und daneben noch 2 kleinere durch eine schmale Brücke getrennte Rissöffnungen zeigt. Faserstoffgerinnsel füllen die spaltförmigen Umwandungen des Aneurysmas — leicht ablösbar — aus. Die untere Umwandung seiner Eingangsöffnung ist abgerundet, etwa in der Ausdehnung von 1 Centimeter Breite, die seitlichen aber und obern Ränder, wie erwähnt, rissig. Die Leber blassbraun, fetthaltig, die Milz auf das doppelte vergrössert, kirschrotb, wird alsbald an der Luft hellroth, die Malpighi'schen Körper deutlich gequollen, die Substanz brüchig und von mittlerem Blutgehalte. Beide Nieren blass, brüchig, in der Substanz der linken ein blassgelber, keilförmiger, starer Infarct.

Defectus septi atriorum — Tod. Koszak Josef, 19 Jahre alt, Schneidergeselle, aufgenommen den 5. Juli 1875, litt seit Kindheit an Herzklopfen und Kurzathmigkeit, welche seit beiläufig einem Monate zunahmen.

Der Kranke mässig genährt, auf sein Alter schlecht entwickelt und von gelber, fahler Hautfarbe; die Herzgegend stark vorgewölbt, der Herzimpuls von der 5. bis 7. Rippe, in der Ausdehnung eines Handtellers fühlbar und die Thoraxwand am deutlichsten an der Herzspitze unter der Brustwarze und im Epigastrium stark hebend. An der 3. linken Rippeninsertion und deren Umgebung ein sehr starkes systolisches Schwirren fühlbar, die Herzdämpfung im Längendurchmesser $5^1/_2$, im Querdurchmesser 5 Plessimeter betragend. An der Herzspitze (unter der Brustwarze) ein breites, rauhes Geräusch während der Systole, das bis zur Diastole sich forterstreckt, in welcher fast kein anderes Geräusch wahrgenommen wird. Am intensivsten erscheint das erwähnte Geräusch an der zweiten linken Rippeninsertion, zeigt sich dabei etwas kratzend und geht unmittelbar über in ein zartes, langes, hauchendes Geräusch. Ueber

Digitized by Google

der Arter. pulmonalis ist das systolische Geräusch weniger rauh, fast etwas stöhnend. Der zweite Ton der pulmonalis erscheint als ein dem systolischen Geräusche angehängter Schlag. Ueber dem rechten Ventrikel fast nur die Geräusche der Aorta, allerdings schwächer vernehmbar. Sehr starkes Pulsiren der Carotiden, in denselben während der Systole ein rauhes, starkes Geräusch, in der Diastole ein äusserst schwaches, dumpfiges, gleichsam ein Echo darstellendes Geräusch.

Cyanose und kolbenförmige Anschwellung der Finger nicht vorhanden; über dem ganzen Körper Oedem. In beiden Lungen etwas Katarrh. Leber mässig vergrössert, Milz normal. Im Urin reichliche Menge Eiweiss, Puls 96—120, Respiration 24—42.

Im Verlaufe nahm das allgemeine Oedem, sowie die Dyspnoë zu und es trat mehrmaliges reichliches Nasenbluten und blutiger, hellrother Auswurf ein. Die abgenommene Pulscurve zeigte sich ähnlich der bei Insufficienz der Aortenklappen, indem sie mit dieser den steilen Aufstieg im ersten Momente gemeinsam hatte, im Abfall der Curve sich von jener unterschied.

Die Milz vergrösserte sich, der linke Leberlappen wurde bei Berührung sehr schmerzhaft, und unter Zunahme des Oedems und der Dyspnoë trat der Tod ein.

Obductionsbefund: Lungensubstanz dicht, dunkelroth, brüchig und allenthalben feinschaumiges Serum reich infiltrirt. Der Herzbeutel ausgedehnt, mit klarem Serum gefüllt. Das Herz in seinen beiden Durchmessern durch excentrische Hypertrophie vornehmlich seiner Kammern vergrössert. Die linke Kammer namentlich in ihrer vorderen Wand in ihrem Septum ausgebaucht. Das Endocardium ziemlich getrübt. Der vordere Zipfel der Bicuspidalis dicker, stellenweise gallertig, durchscheinend, sein Rand mit weichen Vegetationen besetzt. — Mehr nach links hin ein kleines, erbsengrosses in den Vorhof hinein eingerissenes Aneurysma. An der vorderen Fläche der Klappe weiter hinauf eine röthliche Fibrineinfilzung. Das Aortenostium, von unten her gesehen, unregelmässig, jedoch nicht verengt, die Klappen schlottern als schlaffe Wülste, verdickt und mit Fibringerinnungen besetzt um das Ostium. Die Klappentaschen äusserst tief und weit. Unmittelbar unter der vorderen Klappe fand sich eine im obersten Theile des Septums gelegene, halbmondförmige, in ihrer Concavität von der Tiefe der Klappentasche begrenzte, $1^1/_2$ Cm. lange und $^1/_2$ Cm. weit klaffende Communicationsöffnung zwischen beiden Ventrikeln. Der untere Rand der letzteren, entsprechend dem untern Horne des Halbmondes, wird vom hypertrophischen Kammerseptum gebildet. — Der rechte Ventrikel gleichfalls hypertrophirt. Von der oberen Hälfte der vorderen Kammer wand sich zuerst ein breites Trabecularstratum, dann eine Brücke zum obersten Theile des Kammerseptums, wodurch zwei gegen die Pulmonalis hin verlaufende Höhlenabschnitte entstehen, welche durch das erwähnte Trabecularstratum getrennt sind. Der innere ist nach oben durch eine diaphragmatische Faltung des Endocardiums, welche excentrisch

Digitized by Google

eine linsengrosse Oeffnung umschliesst, abgeschlossen. Der rechte, respective äussere führt zu einer 13 Millim. etwa im Durchmesser haltenden unmittelbar nach vorn und innen von der Communicationsöffnung der Kammer gelegenen solchen Oeffnung. Beide diese Oeffnungen führen in einen über wallnussgrossen Raum, welcher als Conus pulmonalis aufzufassen ist, und aus dessen oberer Peripherie die Pulmonalis sammt den ziemlich normalen Klappen entspringt. Die Aorta im Ganzen ziemlich enge. Der Ursprung der grossen Gefässe normal. Der Ductus Botalli, ebenso das Foramen ovale geschlossen. Bettelheim.

385. Zur Kritik und Reform der Therapie.*) Von Dr. L. M. Politzer in Wien. (Wr. med. Wochenschr. 1875 ff.) Kritik einiger therapeutischer Methoden und pharmakologischer Fehlerquellen.

1. Der vielfach überschätzte Werth der Abführ- und Brechmittel in der Therapie. Die einfach stuhlmachenden Mittel (Solventia) und die Laxanzen spielen in der Praxis eine Rolle, die ausser Verhältniss steht zu ihrer positiven Wirksamkeit in der Therapie. Manche Länder (namentlich romanische) sind es besonders, wo die abführenden Methoden so in's Volk gedrungen sind, dass sie einen culturellen Zug der medicinischen Anschauungen des ganzen Volks, ja des Standes der Entwicklung der Medicin repräsentiren. Der höchste Ernst in der Sache wird einem hier aber in der That nahe gelegt, wenn man Autoritäten dem Calomel im Typhus abd. das Wort reden sieht, wenn man ferner bedenkt, dass in fast allen acuten und chronischen Krankheiten die gewiegtesten Aerzte einen so reichlichen Gebrauch von den Abführmitteln machen.

Vier Punkte sind es, die P. hier zunächst beantwortet wissen will, wenn über die Frage der Bedeutung der Abführmittel für die Therapie eine Ernüchterung Platz greifen soll.

a) Welcher positive Einfluss lässt sich von der directen Wirkung, die die Abführmittel beim Gesunden auf den Darmcanal und seine Appertinenzen ausüben, indirect auf andere Organe und Functionen sowie auf den Gesammtorganismus nachweisen? b) Welchen positiv erwiesenen Einfluss haben die Abführmittel in den verschiedenen acuten und chronischen Krankheiten nach Beobachtungen am Krankenbette? c) Was lehrt die Beobachtung über die unterlassene Anwendung der Abführmittel in den acuten Krankheiten, und sind bei rascher Heilung oder sogenannter Unterdrückung lang dauernder Diarrhöen schädliche Folgen zu beobachten? d) Welche nachtheilige Wirkungen hat die zeitweilige oder habituelle Stuhlverstopfung bei Gesunden und lässt sich auf Grund dieser die Nothwendigkeit der Abführmittel in den acuten und chronischen Krankheiten erweisen?

a) Grosse Dosen — und nur von diesen kann hier die Rede sein — erzeugen nebst reichlichen, flüssigen Entleerungen Reizung, Röthe,

*) Aus einem in Vorbereitung befindlichen grösseren Werke des Verfassers.

Digitized by Google

Schwellung der Darmschleimhaut und ihrer drüsigen Gebilde, eine vermehrte Peristaltik, bei sehr grossen Dosen einen hochgradigen, bis zur Entzündung steigenden Darmkatarrh. Damit sind denn auch die Wirkungen auf den Gesammtorganismus verständlich: Kolik, fixer Schmerz, Tenesmus, Abgeschlagenheit, Abnahme des Turgor, des Appetits, vermehrter Durst, Frösteln oder Hitze etc. Bei noch stärkeren Dosen oder unter diesen Umständen fortgesetzten Abführmitteln werden Störungen zu Tage treten, wie sie der Enteritis höheren Grades, der Dysenterie, den choleriformen Zuständen, dem Collaps zukommen. Wir sehen also das Herz und das Nervensystem indirect und secundär betroffen, und zwar einestheils durch den Säfteverlust, anderntheils durch die Reizung der Nervenausbreitungen in der entzündeten Schleimhaut, wodurch Reflexe auf die Splanchnici, auf das Herz und die Nervencentra in der Richtung der Depression ausgelöst werden. — Die Analogie mit der in ähnlicher Weise von jeher therapeutischen Zwecken unterworfenen Haut ist nicht zulässig, denn es dürfen die wesentlichen Differenzen beider nicht ausser Acht gelassen werden, nämlich, dass wir mit unseren gewöhnlichen Eingriffen auf die Haut keinen entzündlichen Zustand in weitem Umfang, sondern nur eine flüchtige Reizung erzeugen, und dass von der Haut nur eine vermehrte Ausscheidung von Wasser, Salzen zu erzielen ist, niemals aber dabei wichtige Nahrungsstoffe und Blutbestandtheile in grossen Massen dem Körper entzogen werden.

Es wird also — wenige Fälle ausgenommen, die erst zu präcisiren wären — stets ernstlich die Frage zu beantworten sein, ob wir im Falle einer Erkrankung das Recht haben, eine neue Störung oder Erkrankung in so wichtigen Gebilden und Functionen wie denen des Verdauungscanales hervorzurufen.

Dass alle die fieberhaften Krankheiten, gegen welche von jeher Abführmittel gegeben werden, durch jene Setzung von künstlichen Säfteverlusten, von entzündlichen Reizungszuständen im Darmcanale, durch Herbeiführung von collapsähnlicher Schwäche des Herzens und Centralnervensystems keine Krisis oder Lysis erreichen werden, braucht nicht erst gezeigt zu werden. Es genügt, die Krankheiten zu nennen, welche gemeinhin so behandelt wurden und werden: Meningitis, Pericarditis, Pneumonie, acuter Gelenksrheumatismus, Typhus, Erysipel, Apoplexie etc.: Alles Krankheiten, bei welchen die Abführmittel empfohlen wurden und werden, so z. B. noch in dem neuesten, sehr guten und den modernen Standpunkt vertretenden Compendium von Kunze. Dieser empfiehlt Calomel mit Jalappa u. a. bei Meningitis spl. und tuberculosa, Hydroceph. chron., Apoplexie, Epilepsie, Ecclampsie der Schwangern und Kinder, Hautausschlägen vom Zahnen, Diphtherie, Bronchitis acuta, Bronchialblutung, acutem Magenkatarrh etc. Nach all' dem aber darf gesagt werden, dass den Abführmitteln 1) in ihren mässigen Dosen gegenüber den acuten Krankheiten gar kein Einfluss zukommt; dass 2) bei den etwas stärkeren

Digitized by Google

Dosen der Salina oder Drastica höchstens ein irrelevanter und vorübergehender Einfluss zu erwarten ist; dass aber endlich 3) bei den starken und rasch aufeinanderfolgenden Dosen derselben (die in der That einen Einfluss auf den circulatorischen und Nervenapparat haben könnten) dieser Einfluss durch Complication mit Reizungs- und Entzündungszuständen in der Magen-Darmschleimhaut und seine weiteren Consequenzen wieder übercompensirt werden muss.

Hiemit beantwortet sich aber auch die sub b) aufgeworfene Frage dahin, dass ein positiver Einfluss auf die acuten Krankheiten den Abführmitteln nicht zugeschrieben werden kann.

Alle die unwiderleglichen Gründe, welche gegen die Aderlässe bei fieberhaften und Exsudativprocessen sprechen, sind auch gegen die Säfteentziehungen aus dem Darmcanale durch Abführmittel bei diesen Krankheiten geltend zu machen, da es sich hier nicht um Auswurfstoffe, sondern um Nahrungsstoffe handelt, die für die Wiederaufnahme ins Blut bestimmt sind.

b) Die Wirksamkeit der Abführmittel bei anderen acuten und chronischen Krankheiten. Hat man z. B. die Indication vor sich, pleuritische, pericarditische, peritoneale Exsudate etc. zur Resorption zu bringen, oder, wie bei acuter und chronischer Nephritis, die vermöge der gehemmten Wasserausscheidung durch die Nieren vermehrte Spannung im Gefässsystem zu vermindern, so ist dabei — abgesehen von den meist negativen Erfahrungen am Krankenbette — zu erwägen, dass bei all diesen Erkrankungen meist eine anämische und hydrämische Blutbeschaffenheit zur Ausbildung gekommen ist, und dass durch Entziehung der Verdauungssäfte das Blut noch wässeriger gemacht werden und mit der Abnahme seiner Concentration die endosmotische Fähigkeit desselben: wässerige Exsudate aus Parenchymen und Höhlen durch die Capillaren in der Richtung gegen das Blut übertreten zu lassen, nur noch mehr abnehmen muss. — Ausserdem besteht ja nach Radziejewski die Wirkung der Abführmittel nicht in einer vermehrten Ausscheidung von Wasser aus dem Blute, sondern in vermehrter Peristaltik und durch diese gesetzte Abfuhr der normalen physiologischen Verdauungssäfte. —

Auch bei den chron. Verdauungsstörungen, sowie bei den anderen chronischen Krankheiten, bei denen man die Abführmittel anzuwenden pflegt, als bei chronischem Schwindel, Sausen, Frontal- und Hinterhauptsschmerz, chron. Respirationskrankheiten, Lungen-Blennorrhoe, chron. Katarrhen konnte P. nie irgend eine Wirkung von den Abführmitteln wahrnehmen. Die Wirkungen Karlsbads, Marienbads und der diesen verwandten Wässer sind nicht im Widerspruch zum Gesagten, indem sie nicht auf ihrem diarrhoeischen Effect beruhen, und der weitaus grösste Antheil an derselben der vollständig geänderten Lebensweise zuzuschreiben ist. P.

Digitized by Google

citirt hier einen Ausspruch Bamberger's über den übertriebenen Werth, der den Abführmitteln bei der Ruhr beigelegt werde. — Die Beantwortung des oben unter c) angeführten Punktes ist schon im Vorhergehenden enthalten und folgt daraus, dass Unterlassung von Abführmitteln keine Nachtheile bei acuten Krankheiten impliciren wird. P. hat bei Scharlach, Blattern, Masern, Typhus, Intermittens, Puerperalfieber, Pyämie, Pneumonie, Pleuritis, Nephritis, dem acuten Gelenksrheumatismus etc. die Abführmittel weggelassen, ja sehr häufig oder gewöhnlich sich auch um selbst längere Stuhlverstopfung gar nicht gekümmert, und keinen Schaden davon gesehen. Bei Typhus abdom. z. B. lässt P. die Kranken, besonders wenn Diarrhöen vorangegangen, 8—14 Tage verstopft. P. erwähnt den Fall von Typhus bei einem Collegen, den seine Aerzte 24 Tage ohne Stuhl gelassen, bis derselbe endlich spontan ohne alle Störung eintrat. Der Gang dieser Krankheiten, besonders bei den acuten Blutvergiftungen: dem Scharlach, den Blattern, Puerperalprocessen etc., erfährt bei eventuell intercurrirenden oder künstlich bewirkten Diarrhöen nicht nur keine Besserung, sondern meist eine Zunahme der Symptome und Beschleunigung des ungünstigen Verlaufes. Auch die Frage, ob die rasche Heilung, die sogenannte Suppresion acuter und chron. Diarrhöen nachtheilige Folgen wahrnehmen lassen, und ob im Verlaufe von Krankheiten intercurrent auftretende Diarrhöen bei ihrer raschen Unterdrückung Störungen ihres Verlaufes setzen, ist entschieden zu verneinen. Auch bei acuten Darmkatarrhen, und selbst wenn Diätfehler — sogenannte Sordes gastr. der Ausgangspunkt von Diarrhöen waren, hat P. die Diarrhöen niemals als kritische betrachtet, die Heilung der Diarrhöe angestrebt und hat unter solchen Umständen von Milch und Salzsäure, und wo Essigsäurebildung vorhanden war, von Aqu. calacis etc. eine bessere Wirkung gesehen als von Abführmitteln. Auch die Diarrhöen, die im Verlaufe acuter Krankheiten, wie der Infectionskrankheiten, der acuten Exantheme, endlich in den entzündlichen Processen, der Pneumonie etc. auftreten, hat P. stets ungescheut so schnell wie möglich zu hemmen gesucht, ohne je nachtheilige Wirkungen auf den Verlauf derselben erfahren zu haben.

In Punkt d) zeigt P., dass die habituelle Stuhlverstopfung oder die unregelmässige Stuhlentleerung bei weitem nicht die nachtheiligen Folgen hat, welche Laien und Aerzte im Allgemeinen derselben zuschreiben. P. kennt Erwachsene, die sehr kräftig sind, niemals krank waren und von jeher täglich 4—5 breiige Stühle haben, und ebenso wieder Individuen, die nur alle 2, 3—5 Tage und darüber eine Entleerung haben, ohne dass ihre Verdauung oder sonst eine Function darunter gelitten. Ja es gibt Individuen, die nur so lange gesund sind, als ihr Stuhl fest, trocken und selten ist, und bei denen eine breiige Entleerung schon eine Störung ihrer Magendarmfunctionen bedeutet. P. erinnert sich eines wegen einer acuten Krankheit auf die Klinik aufgenommenen Patienten, der auf die Frage, wann er zuletzt Stuhl gehabt, die Antwort gab: „Meinen letzten Stuhl

Digitized by Google

hatte ich in Amerika"; und kennt er eine Französin, die, so weit sie sich zu erinnern vermochte, immer nur alle 15 Tage Stuhl haben wollte, ohne dabei über besondere Beschwerden klagen zu können. Da also die unregelmässige Stuhlentleerung und die habituelle Verstopfung die viel gefürchtete pathologische und viel ausgebeutete ätiologische Bedeutung, die man ihr gemeinhin vindicirt, nicht hat, so ist es verkehrt, wenn bei Kindern und Erwachsenen die Abführmittel ganz allgemein das erste Mittel bilden, das von den Laien, bevor der Arzt gerufen wird, zur Anwendung kommt, und wenn Aerzte auch so häufig, so wie der Patient in welch immer Krankheit keinen Stuhl hat, schon darin die Indication erblicken, ein Abführmittel zu ordiniren. Wie gedankenlos eine solche Therapie sei, liegt auf der Hand.

P. studirt die möglichen Wirkungen der Coprostase und findet, dass sie nicht die eigentlichen Verdauungsorgane treffen, sondern nur den Rückfluss aus den Hämorrhoidalvenen und den Abgang von Gas behindern können, deren Effecte im schlimmsten Fall in Form von Blähungszuständen und Hämorrhoidalknoten zu Tage treten werden. In der That treten die sogenannten Hämorrhoidalblutungen und Knoten, mitsammt der Anhäufung von Gas, bei habit. Verstopfung sehr häufig nicht auf, und eben so oft kommen sie bei Menschen vor, die an habitueller Diarrhöe leiden. Auch die Erscheinungen des Druckes auf die Nerven werden hier nicht hoch anzuschlagen sein, denn die in den Nervengebieten des Mastdarms, der Blase, des Uterus und der Nachbargebilde auftretenden Störungen sind weitaus keine einfachen Effecte der Kothanhäufung, indem Neuralgien im Gebiete des Plexus lumbalis, sacralis, ischiadicus, uterinus und vesicalis in Form von Blasenkrämpfen, Kolik etc. oft bei hartnäckiger und hochgradiger Verstopfung fehlen und wieder bei normaler Defäcation sehr häufig vorhanden sind. Auch wird noch Niemand die Krämpfe und Neuralgien dieser Gebiete mit Solventien und Laxanzen geheilt haben. Auch eine Wirkung der Coprostase durch Reflex auf die Splanchnici etc. ist nicht erweislich.

2. Die Anwendung allgemein für wirksam gehaltener Arzneien, deren Wirksamkeit keine positiv erwiesene, sondern eine völlig problematische ist. Zu diesen zählt P. die Anwendung der Ipecacuanha, des Tartarus stibiatus, Calomel, Nitrum, der Senega, des Kali carbon. etc. etc. in den verschiedenen entzündlichen und fieberhaften Krankheiten, will aber hier nur den Hauptvertreter, die Ipecacuanha zur Sprache bringen.

Es gibt nach P.'s Erfahrung kein Mittel, welches bei uns eine so allseitige Verwendung fände als die Ipecacuanha. Sie ist die obligate Arznei, die allezeit und allüberall herhalten muss, sie wird im Beginne der meisten Krankheiten, selbst vor gestellter Diagnose, und ebenso bei jedem längeren Verlaufe auf der Tagesordnung gefunden. Sie ist das

Digitized by Google

bequeme Auskunftsmittel in allen Fällen, wo man nicht weiss, was man ordiniren soll. In Wahrheit sind es nur zwei Wirkungen, die von der Ipecacuanha positiv ausgesagt werden können: dass sie in grossen Gaben Erbrechen bewirkt und in sehr grossen, ähnlich wie der Tart. stib., als Herzgift sich verhält. Ueber ihre Wirksamkeit in der gewöhnlich ordinirten Dosis refracta gibt es nach Nothnagel gar keine methodischen Untersuchungen.

Die Ipec. wirkt also in den verwendeten Dosen gar nicht oder die länger fortgesetzten kleinen Dosen wirken in der Richtung der Depression der Herzkraft und des Central-Nervensystems, der Eigenwärme etc., d. h. schädlich.

Wenn sich die Ipecacuanha trotzdem so lange in der Praxis erhalten hat, so liegt der Grund in der fehlerhaften Fragestellung überhaupt. Anstatt die eventuelle Wirkung auf alle einzelnen Symptome, das Fieber, die Expectoration etc. etc. zu studiren, frug man sich, welche Wirkung eine Arzenei, gegenüber der Krankheit als Ganzem, auf ihren Gesammtverlauf und ihren schliesslichen Ausgang gehabt. Dies ist aber eben die Frage, die niemals positiv beantwortet werden kann, weil sie nie frei von den mannigfachsten Fehlerquellen ist, welche stets in dem Umstande gipfeln: Ob nicht die Krankheit schliesslich ohne die angewendeten Mittel oder trotz derselben gut geworden. Denselben kritischen Massstab darf man aber auch an die anderen oben angeführten Mittel, das Calomel, Nitrum, die Senega anlegen.

P. zeigt 3. weiter auf eine weitere wichtige Quelle pharmakologischer Rechnungsfehler, das ist die gleichzeitige Anwendung mehrerer nicht immer in demselben Sinne wirkender Arzneien.

4. Eine weitere Quelle pharmakologischer Rechnungsfehler ist darin zu suchen, dass höchst wirksame Arzneien, ja gerade die wirksamsten und positivsten der Medicin (z. B. Chinin, Eisen, Merkur, Bromkali, die hydriatische Methode) bei vielen Aerzten als unwirksam gelten, weil sie von ihnen entweder in unzureichender Dosirung, oder zu kurze Zeit und nicht mit der den Mitteln entsprechenden Consequenz angewendet wurden.

Zu den grossen Dosen der neueren Beobachter (Liebermeister, Jürgensen) hat sich der Muth solcher Aerzte, befangen von den Velleitäten einer überwundenen Vergangenheit, die das Chinin als ein „gefährliches“ Mittel hinstellte, schon gar niemals emporgerafft. Mit dem Eisen wieder geht es vielen Aerzten so, dass sie es nicht consequent genug anwenden, dass sie entweder bei den ersten Zeichen von Verdauungsstörungen davon abstehen, anstatt zu bedenken, dass dieses Mittel, einmal indicirt, durch kein anderes ersetzt werden könne, oder wenn die Anämie und Chlorose oder die Rhachitis etwas besser oder auch, wenn sie nicht bald gut werden, alsbald von demselben abstehen. Ganz dasselbe findet

Digitized by Google

in der Praxis mit dem Merkur statt, mit dem in so vielen Fällen von Syphilis, z. B. in der Syphilis congenita, viel zu früh aufgehört wird.

5. Eine Quelle der Lückenhaftigkeit und Armuth unserer Therapie und insbesondere des mangelhaften Fortschrittes in derselben ist: die unterlassene Ausbeutung pharmakologischer Analogien bei den als positiv wirksam bekannten Arzneien. Zur Reihe dieser Mittel zählt P. Chinin, Eisen, Blei, Arsenik, Belladonna, Digitalis, Veratrum, Ergotin, Strychnin u. s. w. All diesen genannten Mitteln kommt eine bestimmte, positive, pharmako-dynamische Beziehung zu bestimmten Organen, Geweben und Functionen zu; die therapeutische Technik benützt wohl auch diese feststehenden Beziehungen, aber nicht in ihrer ganzen Vielseitigkeit; namentlich schreitet sie viel zu wenig auf dem Wege der Deduction zur Anwendung derselben in analogen Fällen.

Jeder weiss, wie lange das Chinin ausschliesslich nur bei Wechselfieber in Gebrauch gezogen wurde, und welcher Kämpfe es bedurfte, bis es als allgemeines Mittel bei allen fieberhaften Krankheiten und in jenen Dosen sich Bahn gebrochen, bei welchen die glänzenden pharmakologischen Wirkungen dieses Mittels erst eigentlich zu Tage treten. P. war (nach Binz) der erste Vertreter des Chinins in allen fieberhaften und den meisten entzündlichen Krankheiten des Kindesalters. Es leitete ihn dabei Nichts als der Schluss der Analogie: dass, nachdem er bei Typhus die Wirkung des Chinins auf die Herabsetzung der Pulszahl und der Temperatur erkannt hatte, er überall und bei allen Krankheiten, wo Pulszahl und Temperatur excessiv gesteigert waren, dieselbe Wirkung erwartete.

Auf Basis ähnlicher Analogie-Schlüsse wendet P. seit mehr als 25 Jahren das Brom in Form von Chlor-Brom, das Strychnin, das Blei, Jod, das Lycopodium und noch einige andere Mittel in Krankheiten an, bei welchen sie von Anderen nicht zur Anwendung gezogen werden.

Das Strychnin wird viel zu ausschliesslich bei der Paralyse der Nerven, welche die quergestreiften Muskel reguliren, angewendet. Der deductive Schluss, dass das Strychnin vielleicht, analog wie zu den motorischen Fasern und Ganglien, auch eine Beziehung zu den Fasern des Denkorgans, der Sinnesorgane und ihrer Centren haben möchte, veranlasste P., dasselbe auch bei psychischer Paralyse zu versuchen, namentlich bei jener, welche nach Apoplexie, Meningitis der Convexität und schweren Typhen zurückbleibt, und ebenso bei Amaurose und Schwerhörigkeit nach circumscripten Meningitiden und Entzündungen des Labyrinths. Das Lycopodium als Emulsion von 2 Drachmen auf 3 Unzen wendet P. mit und ohne Belladonna, bei Incontinenz sowohl als bei spastischer Retention, bei Reizung und Katarrh der Blase, mit selten versagendem Erfolge an, und, analog der Wirkung bei Blasenkatarrh, versuchte er dasselbe auch bei hartnäckigem Bronchial- und Darmkatarrh, mit nicht leicht zu bezweifelndem Erfolge. Das Ergotin, ausgehend von

Digitized by Google

seiner Wirkung auf die Muskeln der kleinen Arterien etc. wendet P. bei starker hämorrhagischer Dysenterie, aber auch bei chron. Darmkatarrh, ebenso bei chron. Hyperämieen des Gehirns in Form von Schwindel, Ohrensausen etc. mit manchmal auffälligem Erfolge an. Das Blei versuchte er, auf Grund seiner erwiesenen Beziehungen zu den Muskeln der kleinen Arterien und seiner präsumtiven Wirkung auf den Tonus der Capillaren, nicht nur als Hämostaticum bei Hämaturien verschiedener Quellen, sondern bei acuter und chronischer Nephritis, endlich bei acuter und chron. Darm- und Bronchial-Blennorrhoe.

6. Die unrichtige Handhabung der symptomatischen Methode. Das symptomatische Verfahren bildet heute die wichtigste Seite der Therapie. Fragen wir nun aber, wie diese Methode gehandhabt wird, so zeigt sich hier eine ungeheuere Lückenhaftigkeit und Gedankenlosigkeit.

a) Das zu bekämpfende Symptom wird irrig aufgefasst und gedeutet. Dies tritt darin hervor, dass der Arzt die Bedeutung eines Symptoms für den Gesammtverlauf und seine Beziehung zu den übrigen Symptomen und zur ganzen Krankheit misskennt und dasselbe deshalb gar nicht oder nur höchst lässig bekämpft. So z. B. werden bei Kindern heftige Fieber, Diarrhöen, Lungenkatarrhe etc., als von dem Zahnen herrührend, indifferent behandelt werden, oder es wird, wo ausgeprägte Rhachitis, Hühnerbrust und Schiefstellung des Rückgrats besteht, wenn gleichzeitig Auftreibung des Bauches, Blässe des Gesichts oder gar Jucken in der Nase sich zeigt, Helminthiase angenommen und mit Anthelminthicis und Abführmitteln darauf los behandelt. Hieher gehört auch die gedankenlose Auslegung der Mastdarmblutung bei Kindern und Erwachsenen als „Hämorrhoidal-Blutungen", „gegen welche Nichts zu thun sei". Oft genug kann man Kinder mit jahrelangen Mastdarmblutungen und hochgradiger consecutiver Anämie antreffen, gegen welche Nichts geschehen ist, und die doch, weil fast immer durch einen Mastdarmpolypen bedingt, durch die leichteste Operation hätten können geheilt werden. Bei Erwachsenen nun aber erst ist es ein alltägliches Vorkommniss, dass jahrelange Mastdarmblutungen ohne weiters als Hämorrhoidal-Blutungen aufgefasst werden. Die hochgradigste Anämie wird hier missachtet, weil ihre Folgezustände: Schwindel, Ohrensausen, Benommenheit des Kopfes etc. unter solchen Umständen als „Congestionen" nach dem Kopf gedeutet und die fort und fort sich wiederholenden Blutungen als Zeichen von „Blutreichthum" ausgelegt und die betreffenden Kranken, wegen der durch die Blutverluste bedingten secundären Magendarmkatarrhe etc., jahrelang nach Marienbad und allen möglichen Bädern geschickt werden.

Bei der sympt. Methode in den acuten Krankheiten ist es vor Allem die unrichtige Abschätzung der Bedeutung so vieler Symptome, durch welche die Aerzte sich dazu bestimmen lassen, verkehrter Weise den passiven Zuschauer zu spielen. Von den vielen Symptomen, die hier

Digitized by Google

erörtert werden könnten, möge zunächst nur die hohe Temperatur und die beginnende Schlummersucht eine kurze Erwähnung finden. Aerzte, die kein Thermometer handhaben, werden so gerade die symptom. Behandlung jenes Symptoms verabsäumen, das die höchste Rolle in den acuten Krankheiten spielt. Dasselbe gilt von der Bedeutung und Wichtigkeit der Schlummersucht oder des soporösen Zustandes, als Ausdruck der beginnenden Depression der Centralorgane, des Nervensystems und der Herzthätigkeit.

b) Es wird ferner häufig die sympt. Methode auch deshalb lässig gehandhabt, weil der Arzt von einer unrichtigen ätiologischen Auffassung ausgeht. Bald dem Satze: „Cessante causa cessat effectus" huldigend, kämpft er gegen Scheinursachen — verdorbenen Magen (wenn die Krankheit zufällig mit Erbrechen und Diarrhöe anfängt) oder gegen Verkühlung etc., oder wieder er hält sich an den Satz: „Non cessante causa non cessat effectus", indem er in diesem Sinne gegen das Fieber in der Lungenentzündung und anderen Zuständen nicht ankämpft, weil ja die Ursache des Fiebers, die Entzündung, noch fortbesteht. Oder es wird das starke Schleimrasseln bei den Respirationskrankheiten als das wichtigste Symptom aufgestellt und dieses als die Ursache der Dyspnoë etc. zu beseitigen gesucht und Brechmittel gegeben. Das Rasseln in der Pneumonie z. B. ist aber entweder a) ein Symptom der Lösung derselben, und dann fordert es gewiss kein Brechmittel; oder b) es ist das Symptom eines beginnenden Lungenoedems und dieses wieder das Symptom einer Paralyse des Herzens oder der Bronchialmuskeln, welche selber wieder durch die nicht bekämpfte hohe Temperatur und die überangestrengte Functionirung des rechten Herzens und die Lähmung der Med. oblong. begründet ist. Mit dem Brechmittel, wie Ipecac. und Tartar. stib., werden aber gerade zwei als Herzgift wirkende Mittel, die an sich unter solchen Umständen geradezu contraindicirt sind, angewendet. (Bei Kindern sah P. auch während des Brechactes unter solchen Umständen oft genug Collaps und Tod eintreten.) Oder wieder, dieses Rasseln ist, c) im Typhus auftretend, Symptom einer Lungenhypostase, und diese wieder Symptom der Schwächung des Herzens; — oder endlich d) bei Keuchhusten mit Bronchitis vorkommend, ist es das Zeichen einer Lungenblennorrhoe, oder collateraler, die lobulären Infiltrationen und Atelectasen begleitender Hyperämieen und Oedeme — — so dass in allen diesen Fällen durch das Brechmittel nur das Symptom des Symptomes, und zwar meist nur mit Gefahr für den Kranken in Angriff genommen wird. Aehnliches gilt von der Diarrhöe, dem Symptom oder der Folge höchst verschiedener Störungen. Sie ist zunächst a) eine primäre und idiopathische Affection der Darmschleimhaut (Katarrhe, Hyperämieen, Ulcerationen, Substanzverluste nach hochgradiger Dysenterie und schwerem Abdominaltyphus). b) Die Diarrhöe ist der Effect der chron. Anämie der Schleimhaut und diese wieder Ausdruck allgemeiner Anämie, und es ist dabei eine anämische, wässerige, ver-

Digitized by Google

dauungsuntüchtige, insufficiente Bildung des Magensaftes und der Magensäure, eine zu geringe Concentration der Galle und des Secretes des Pancreas und der Darmdrüsen etc., also eine auf Anämie begründete, chronisch gestörte Magendarmverdauung und die durch sie gesetzte Reizung und vermehrte Peristaltik die Ursache der Diarrhöe. c) Oder sie hat zu ihrer Ursache eine chron. Hyperämie des Verdauungscanales und diese wieder ist die Wirkung einer Stauung von Seite einer Herzkrankheit oder einer Gewebsstörung der Leber mit secundärer Stauung der Pfortaderwurzeln etc. d) Oder sie ist das Symptom einer chron. Nervenaffection im Gebiete der Splanchnici, in Form einer Hyperästhesie der sensiblen Nerven der Schleimhaut mit Reflexlähmung der Gefässnerven, die bei den verschiedensten Anlässen: psychischer Emotion, den geringsten atmosphärischen oder gastrischen Reizen und häufig genug ganz spontan periodisch zum Vorscheine kommt. Die letztere, weil häufig mit Kolik und Krampf der Gallengänge verbunden und dadurch mit fahler, leicht icterischer Färbung einhergehend, wird häufig genug ohne weiters als Leberkrankheit genommen und Carlsbad als Heilmittel dagegen decretirt. e) Endlich ist die Diarrhöe häufig das Symptom einer vor jeder erkennbaren Lungentuberculose auftretenden Darmtuberculose, und nicht selten eines übersehenen Diabetes mellitus etc.

Fragen wir nun: Wird dieses Symptom, das so viele Quellen und Bedingungen hat und so recht eines der vielseitigsten Symptoma symptomatum ist, nach seiner wahren Ursache behandelt? Verdient die Behandlung, wie sie bei der Diarrhöe so gewöhnlich in der Praxis gang und gäbe ist, den Namen einer symptom. Methode? Zunächst bewegt sich diese in 2 Extremen: Es wird die Diarrhöe entweder — und das ist das Gewöhnlichste — gar nicht, oder höchst indifferent, oder nur von Zeit zu Zeit, wenn dieselbe auch durch Monate und Jahre dauert, besonders wenn sie im letzten Falle nur zeitweilig wiederkehrt und mit Verstopfung wechselt — mit Hausmitteln: rothem Wein, Chocolade und leichten diätetischen Vorschriften behandelt; oder sie wird zwischendurch mit einigen Tropfen Opiumtinctur oder mit Pulvis Doveri behandelt oder leichte Styptica in ungenügender Dosis und in meist ungenügender Consequenz gegeben; oder endlich es wird die hydriatische Methode unrichtig angewendet, oder es wird Carlsbad, Marienbad ohne eingehende Indication empfohlen. Bettelheim.

(Schluss dieser Rubrik im Hefte 8 — 1877.)

Digitized by Google

Kleine Mittheilungen.

386. Ein Fall von Verschlucken und Steckenbleiben necrotisirter Nasenknochen im Oesophagus. Von Prof. Dr. Max Langenbeck (Hannover). Memorabilien 1877. I. Heft.

Eine 40jährige Frau, die vier Jahre vorher an syphilitischer Caries der Nasenknochen gelitten hatte, konnte eines Morgens beim Erwachen nicht schlucken. Die Untersuchung mittelst der Sonde ergab einen festen Körper etwa in der Mitte des Oesophagus, der das Lumen desselben vollständig verlegte. Nach langen und vergeblichen Versuchen der Extraction gelang es endlich mittelst eines sondenartigen Instrumentes, den festen Körper etwas zu lockern; bald darauf wurde er durch Erbrechen entleert. Es bestand derselbe aus den beiden Conchis infer., dem Vomer und dem linken Nasenbein, die fest in einander gekeilt waren. Ueber den Befund an der Nase vor und nach der Lösung der Knochen erfahren wir nichts.

Heymann.

387. Ueber das Vorkommen von Ganglienzellen im Herzen vom Flusskrebs. Von E. Berger (aus dem zool. vergl. anat. Institut d. Wiener Univ. Sitzb. d. k. Akad. d. Wiss. 1876. Oct.-Heft.)

Nach Behandlung mit Ueberosmiumsäure und namentlich mit Goldchlorid gelang es, aus dem Herzen des Flusskrebses durch Zerzupfen wohl charakterisirte Ganglienzellen zu isoliren, welche den mittelgrossen des Bauchstranges an Grösse gleichkamen. Sie wurden nur am hinteren Theile des Herzens gefunden und dieser setzte, von der vorderen Herzhälfte getrennt, seine Contractionen allein noch fort. Das von Andern als solches bezeichnete Kernkörperchen in der Ganglienzelle des Flusskrebses stellte sich in Picrocarmin-Präparaten als eine linsenförmige Verdickung der Kernwand heraus.

Lassar.

388. Chloralhydrat als Prophylacticum gegen Syphilis. Giorn. ital. d. mal. ven e. del. pel. Decembr. 1876.

Pavesi gibt folgendes Waschwasser an, welches nach dem Coitus benützt, die Infect. hintanhalten soll.

Chloralhydrat, Acid. salicyl. Glycer. Sulfat. sodae aa. 15,0, Aqu. dest. 40,0, Alcohol 10,0 wird durch einige Minuten einer Temperatur von 40° ausgesetzt, bis eine homogene Lösung entstanden ist, welche filtrirt wird. Sollte zum Zwecke der Lösung das Wasserquantum nicht ausreichen, kann dasselbe vermehrt werden.

Emanuel Kohn.

389. Ein Fall von Hirnsyphilis. Von Maria Fiori (Annali univers. di med. — Časopis lékaůě českých 1877. Jahrg. XVI. Nr. 11. Referat von Dr. Michl).

Auf der Klinik des Prof. Rovido in Turin ist nachstehender Krankheitsfall zur Beobachtung gelangt: Bei einem 33 Jahre alten Mann traten zu wiederholten Malen Anfälle chronischer Krämpfe auf, namentlich in der linken Körperhälfte; dieselben waren mit Bewusstlosigkeit vergesellschaftet und liessen eine später wieder schwindende Paraplegie der gedachten Körperhälfte und eine Parese der linken Gesichtshälfte zurück. Diese Anfälle, vor deren Eintreten Pat. immer von einem eigenen Gefühl des Unwohlseins befallen wurde, wurden eingeleitet mit einem krampfhaften Zusammenziehen des rechten Kopfnickers, wobei der Kopf nach links gedreht wurde, worauf ein krampfartiges Zusammenziehen

Digitized by Google

der Augenlider und tonische Krämpfe in der Musculatur der linken Halsseite erfolgten. — Im Anfalle waren beide Augen nach links gerollt, die Pupillen in den geschlossenen Augen dilatirt.

Es wurde die Diagnose auf Hirnsyphilis gestellt, in Folge deren es zur Reizung der vorderen Antheile des corpus quadrigeminum gekommen. Der weitere decursus morbi bestätigte diese Annahme, nachdem es bei der Anwendung der antisyphilitischen Curmethode (subcutane Calomeleinspritzungen und innerer Gebrauch von Quecksilberjodid und Jodkali) gelungen ist, den erwähnten Fall völlig zum Schwinden zu bringen. Drozda.

390. Heilung der Hydrophobie. Von Grzymala. (Paris Medical, 1876.)

Dr. Grzymala glaubt behaupten zu dürfen, dass er mit dem trockenen Pulver des Xanthum spinosum in der Dosis von 0·06 täglich 3mal Heilung der Hydrophobie erzielt habe. Das Mittel müsse früh genug angewendet werden. Es bewirke vermehrte Schweiss- und Harnsecretion, zuweilen Kopfschmerzen, Nasenbluten und Erbrechen. (!! Ref.) Bettelheim.

391. Tod durch interstitielle Blutung aus der Femoralis. Von W. G. Cotton. (Philad. med. Times. Vol. VII. Nr. 238. 1877.)

Ein Farmer hatte mit einem spitzen Federmesser eine Wunde im Oberschenkel, 8 Zoll unter dem Lig. Poupartii im Verlaufe der Femoralis erhalten; sehr geringe arterielle Blutung; die Wunde heilte nach drei Tagen. Durch Zerrung derselben bei einer Anstrengung Uebligkeit, Blässe, Frösteln und Schwäche mit Bildung einer subcutanen Schwellung Die Symptome hielten an bis einen Monat nach der Verletzung, wo er, indem er sich vom Nachtstuhle erhob, um sich zu Bett zu legen, plötzlich fühlte, dass die Arterie zerriss und sich Blut in den Oberschenkel ergoss; Tod nach 4 Stunden. Die von Cotton gegebene Erklärung, dass das Federmesser nur die zwei äusseren Wandungen verletzt, die folgende Entzündung die intima gelockert und die erste Blutung aus einem kleinen Aste gekommen sei, kann durchaus nicht befriedigen; bekannt ist ja die Verletzung kleiner Gefässwunden durch einen Pfropf, der sich durch Bewegungen leicht verschiebt und Blut austreten lässt; eine heftige Anstrengung vermag die Gefässwunde bei der Elasticität der Wände leicht zu vergrössern und das Blut stromweise austreten zu lassen. Cotton meint noch sehr naiv, dieser eigenthümliche Fall könnte zur „Speculation" Veranlassung geben, was man hätte thun können; als ob das eine Frage wäre! Er sagt zwar, zur Ligatur sei es zu spät gewesen, aber seine Whisky- und Chinin-Therapie 2 Stunden vor dem Tode hätte ihm Jeder verziehen, wenn er nur auch die Ligatur gemacht hätte; es scheint, der Mann ist blutscheu!

Popp.

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

392. Section Wien des Vereines der Aerzte in Nieder-Oesterreich. Sitzung vom 18. April 1877. Dr. Karl Bettelheim: Ein eigenthümlicher Fall von Nephritis, Lebercirrhose und Adenie.

Wenn der im Folgenden zur Darstellung gelangende Fall trotz der Mängel und Lücken der Beobachtung, wie sie bei Fällen aus der Privatpraxis nicht immer vermieden werden können, hiemit publicirt wird, so findet dies seine Rechtfertigung erstens in der, wie sich alsbald zeigen wird, ganz besonderen Eigenart dieses Falles und zweitens darin, dass die Beobachtung doch in soweit eine zureichende war, dass über die meisten Punkte und jedenfalls über alle wesentlichen etwas

Digitized by Google

ausgesagt werden kann. Dass eine vollständige Aufklärung über die Entstehung der Krankheit und eine Einsicht in den inneren Zusammenhang der verschiedenen Läsionen trotz monatelanger Beobachtung und selbst nach dem tödtlichen Ausgange und gemachter Obduction noch aussteht, dürfte das Interesse dieses Falles keineswegs verringern.

Der Fall betraf Frau Bertha G., Ingenieursgattin, geboren 1851. Die Mutter derselben lebt noch und ist gesund, der Vater starb im Jahre 1873, angeblich an einer Lebererkrankung, die Geschwister der Frau G. sind gesund und blühend aussehende, kräftig gebaute Personen. Eine von den Schwestern litt im Jahre 1875 an einer mit Gelbsucht einhergehenden Krankheit, einer „Leberhyperämie", welche nach einigen Wochen geheilt war. — Frau G. selbst hat im Jahre 1872 ein im Wesentlichen gesundes, wenn auch zartes Kind geboren, später machte sie in Russland eine künstlich herbeigeführte Frühgeburt durch. Sie gab an, bis zum Jahre 1876 stets im Wesentlichen gesund gewesen zu sein. Doch wird von den Verwandten des Herrn G. angegeben, dass sie als Mädchen einmal sehr krank und von Oppolzer als mit Tuberculose behaftet bezeichnet worden sei. Im Jahre 1874, wo ich sie zuerst sah, war sie eine sehr wohlgenährte, gesund aussehende Frau mit reichlichem Fettpolster und von trägem Temperamente. Sie klagte im Laufe des Jahres 1875 hie und da über träge Verdauung, schlechten Magen u. dgl. Sie soll schon damals nach der Angabe Einiger aus ihrer Umgebung einen üblen Geruch aus dem Munde gehabt haben. Sie machte aber durchaus im Ganzen den Eindruck einer Frau von tadelloser Gesundheit. 1875 sah ich sie öfter wegen eines Eczems am linken Handrücken, welches sich angeblich in unmittelbarer Nähe der Narbe von einem Wespenstiche her befand. Das Eczem verursachte ihr starkes Jucken, wurde auf die gewöhnliche Eczembehandlung besser, um dann wieder zu recidiviren. — Später erwachte in ihr der Wunsch, wieder ein Kind zu bekommen, und da von den Eheleuten vermuthet wurde, dass der künstliche Abortus die Ursache der mehrjährigen Unfruchtbarkeit der Frau sei, so kam sie im Laufe des Jahres 1875 in ambulatorische Behandlung des Herrn Dr. Lumpe, der bei ihr eine mässige Retroversion des Uterus und Stenose des Cervicalcanales diagnosticirte und mehrmals Pressschwamm einlegte

Zu Anfang des Jahres 1876 klagte Frau G. öfter über schlechten Magen, wollte nach Marienbad geschickt werden, und wurde sehr missmuthig und verstimmt, als dieses Project bei ihrem Manne keinen Anklang fand. In dieser Zeit fing sie auch an, hie und da über einen Schmerz im rechten Kniegelenke zu klagen. Diese Klagen wurden im Laufe des Frühjahres häufiger, doch hörten die Schmerzen dann wieder spontan auf längere Zeit auf. Die Schmerzen imponirten für rheumatische; palpable Veränderungen waren nicht nachweisbar. In einer der Zugluft sehr ausgesetzten Wohnung in Baden bei Wien steigerten sich die Gelenksschmerzen, ergriffen auch das andere Kniegelenk, dabei fühlte sich Frau G. des Abends öfters fieberisch und kam in ihrer Ernährung herab. Mitte Juni 1876 kam sie einmal zur Stadt, wo ich sie nur flüchtig untersuchen konnte. Ich fand sie schlecht aussehend, ihre Musculatur viel schlaffer geworden. Mehrere Gelenke — das linke Ellbogengelenk, die linke Schulter, das linke Knie waren druckempfindlich, jedoch ohne Schwellung.

Die Zunge war braun belegt, die Milz vergrössert, fast völlige Appetitlosigkeit vorhanden. Sie war zum Weinen disponirt und behauptete, jeden Abend zu fiebern. Im Laufe des Sommers soll zu diesen angeblich stets andauernden Zuständen das häufige Auftreten flüchtiger erythematöser Flecke von beträchtlichem Umfange über den Streckseiten der grossen Gelenke gekommen sein. Der Zustand wurde immer unleidlicher, und sie consultirte im Juli während meiner Abwesenheit mehrere Aerzte, auf deren Rath sie zur Vornahme einer Kaltwassercur nach Ischl ging.

Digitized by Google

Aus dem Briefe, welchen ihr ihr dortiger Arzt, Herr Dr. Hertzka bei ihrer Rückkunft nach Wien mitgab, theile ich das Folgende mit: Sie hatte in Ischl auch leichte Wärmeentziehungen nicht gut vertragen, daselbst an totaler Appetitlosigkeit, üblem, sehr bitterem Geschmack im Munde, an Schmerzen in der Magengegend, in beiden Knien, an sehr grosser Schwäche, Schlaflosigkeit, hartnäckiger Stuhlverstopfung und Abmagerung gelitten. Dr. Hertzka fand eine leichte, ikterische Färbung der Haut, den Harn durch Gallenfarbstoffe intensiv dunkel gefärbt, den Magen druckempfindlich, die Leber etwas nach oben vergrössert. Ausserdem fand Dr. H. die linksseitigen Achseldrüsen geschwellt und etwas schmerzhaft, die rechtsseitigen Nackendrüsen, die Cubital- und Inguinaldrüsen mehr weniger geschwellt. Alle diese Drüsen mit Ausnahme der rechtsseitigen Nackendrüsen (welche von Jugend auf ein wenig geschwellt waren) sind im Juni, wo ich die Kranke gesehen hatte, nicht geschwellt gewesen. Besondere Fieberbewegungen fand Dr. Hertzka nicht; doch klagte Frau G. über Kältegefühl in der Nacht beim zu Bette Gehen, ferner über profuse Schweisse. An den unteren Extremitäten trat manchesmal ein aus kleinen kirschrothen Flecken (kleine Ringe) bestehender Ausschlag hervor, der nach einigen Tagen immer wieder verging. Die Kranke verlor in Ischl innerhalb circa 6 Wochen nahe an 2 Pfund ihres Gewichtes.

Die Untersuchung der am 26. August 1876 in Wien eingetroffenen Kranken ergab Folgendes.

Die Kranke war in ihrer Ernährung beträchtlich herabgekommen, was sich weniger in Abmagerung — das Unterhautzellgewebe war noch sehr reichlich vorhanden, namentlich am Unterleibe — als in schlechter Anheftung der Haut an das Unterzellgewebe und in Schlaffheit der Musculatur zu erkennen gab. Das Gesicht zeigte eine leichte, subikterische Verfärbung, daneben auch einen leichten Stich in's Cyanotische, letzteres namentlich an den Nasenflügeln erkennbar.

Die Zunge war mit einem dünnen, gelbbraunen Belage behaftet. — Der breite, gut gewölbte Thorax war in seiner inspiratorischen Excursion durch übrigens auch in der Athempause vorhandene Stiche rechts unten vorne und rechts unten seitlich behindert. Die Schlüsselbeingruben ohne Vertiefung. Vorne oben zeigte der Percussionsschall keine Abnormität; hingegen war derselbe unten rechts vorne und seitlich überall um einen Intercostalraum früher gedämpft und leer, als normal. Hinten rechts unten ging der volle Percussionsschall ebenfalls schon in der Höhe der 8. Rippe in einen gedämpften Schall über. Ausser dieser Abnormität, von der es dermalen unentschieden blieb, ob sie durch ein Höherstehen der Leber oder durch einen Erguss in den rechten Pleurasack bedingt war — denn die Abnahme des Athmungsgeräusches und des überhaupt sehr schwachen Stimmfremitus reichten zur Entscheidung darüber nicht aus — ergab die Percussion der Lungenspitzen hinten eine circa plessimetergrosse Dämpfung in der linken, eine kleinere in der rechten Obergrätengrube. Das Athmungsgeräusch zeigte in der Lungenspitze hinten keinen rein vesiculären Charakter, ohne dass dasselbe damals einen bestimmten pathognomonischen Charakter angenommen hätte. Es musste angenommen werden, dass das Athmungsgeräusch der intact gebliebenen Antheile der Lungenspitzen prävalirte über demjenigen, welches die die Dämpfung verursachenden Partien producirten, ein Verhalten, welches bei dem Fehlen von Rasselgeräuschen und Consonanzerscheinungen am meisten für das Vorhandensein wenig umfänglicher Schwielen in den Oberlappen sprach und vielleicht erklärte, warum diese Läsion, ehe sie zur Schwiele geworden war, von Oppolzer als Tuberculose bezeichnet werden konnte. — Die unteren Lebergrenzen überschritten in der Parasternal- und Mamillarlinie die normale Grenze um etwa 2 Centimeter, in der Mittellinie und vom linken Leberlappen konnte eine Zunahme nicht gefunden werden. Es musste unentschieden bleiben, ob die Zunahme der Lebergrenze

Digitized by Google

nach abwärts durch eine Vergrösserung des Organes oder eine Verschiebung desselben nach abwärts in Folge eines pleuralen Ergusses bedingt war. Durch die Palpation eine Dichtigkeitszunahme der Leber nachzuweisen, konnte bei der Fettleibigkeit der Kranken nicht gelingen. Eine inspiratorische Verschiebung der Lebergrenzen fehlte, da tiefere Inspirationen von der Kranken wegen der Schmerzhaftigkeit in der rechten Thoraxhälfte unten vermieden wurden. Die Lebergegend, viel mehr noch die Magengrube waren druckempfindlich. — Die Untersuchung des Magens ergab nur die bereits erwähnte Druckempfindlichkeit. Die Milz war — wie auch schon im Juni sich gezeigt hatte — etwas vergrössert, doch nicht deutlich palpabel. Sie gab eine Dämpfung (bei leiser Percussion) von der 7. bis 12. Rippe, nach vorne überschritt sie die vordere Axillarlinie um 3 Ctm.

In der Höhe des Darmbeintellers rechterseits in der verlängerten Parasternallinie fand sich eine druckempfindliche, aber tympanitisch schallende, etwas resistentere Stelle. Die vermehrte Resistenz schien auch nicht oberflächlich zu sein (retroperitoneal). Auch spontan hatte die Kr. daselbst ein unbestimmtes Schmerzgefühl. — Das Herz bot durchaus normale Verhältnisse. Der Puls bei 90, leicht zusammendrückbar. — Der Harn war dunkelbraun entfärbt und enthielt sehr grosse Mengen Eiweiss, im Sedimente zahlreiche Fibrincylinder, sehr viele lymphoide Körperchen und Nierenbeckenepithel; wiederholt fanden sich (im Verlaufe der vielfach geübten Untersuchungen des Harnsedimentes) grosse, stark granulirte, rundliche lymphoide Körperchen, welche kleinere, mehr der Peripherie genäherte ebenfalls granulirte Zellen in sich trugen. Die Menge des Harns betrug circa 1200 Ccm. täglich. — An den Knöcheln war eine ganz leichte Spur eines Oedems vorhanden.

Was endlich die Lymphdrüsenschwellung betrifft, so waren ausser den schon genannten noch jene im sulcus bicipitalis internus beiderseits, in inguine bis zur Erbsengrösse geschwellt. Die grösste Schwellung betraf eine in der linken Achselhöhle befindliche Drüse. Dieselbe war etwa haselnussgross, länglich, sehr gut in grossem Umfange in allen Richtungen verschiebbar, mässig hart, an die Haut nicht angeheftet, nur ganz wenig druckempfindlich. — Die Temperatur in der Achselhöhle betrug bei dieser Aufnahme des Befundes 37·5° — Respiration beschleunigt, etwa 25—30 in der Minute.

Fassen wir das Wesentliche des obigen Befundes zusammen, so ergab sich ein Morbus Brightii (nephritis parenchymatosa subacuta), aus dem man sich die Appetitlosigkeit, die Erschlaffung der Musculatur, das leichte Oedem an den Knöcheln, vielleicht auch die Magenbeschwerden erklären konnte. Die Dämpfung im Thorax rechts unten konnte auch als Zeichen der beginnenden Transsudation in den rechten Pleuraraum mit der Nephritis in Beziehung gebracht werden. Die Klagen der Kranken selbst bezogen sich überwiegend auf den Schmerz im Thorax rechts und vorne und über Stiche in der Tiefe des rechten Hypogastriums. Es war kein eigentliches, nur mit den Respirationsbewegungen einhergehendes Stechen, worüber die Kranke klagte, vielmehr ein tiefsitzendes, andauerndes (allerdings auch beim tiefen Inspirium mit heftigem Stechen verbundenes) Schmerzgefühl.

Die Frage, auf welche Weise die Kranke zu ihrem Morb. Brightii gekommen war, entzog sich der Entscheidung. Es war auch zu beachten, dass der Ende August constatirte, im Juli noch nicht vorhandene Morbus Brightii das ganze Unwohlsein vom Frühling und Sommer 1876 nicht erklären konnte. Man konnte in dieser Beziehung am ehesten annehmen, dass es im Verlaufe eines subacuten Gelenksrheumatismus zu einer Complication mit der Nephritis gekommen sei. Hingegen gelang es nicht, eine andere Reihe von Ernährungsstörungen mit der Nephritis und deren Folgezuständen in Beziehung zu bringen, nämlich die verbreiteten Drüsenschwellungen und die Milzschwellung. Es lag nahe genug, zu vermuthen, dass noch viele andere, der Palpation nicht zugängliche Drüsen im

Digitized by Google

Körper geschwellt sein mochten. Gelang es nicht, eine Beziehung zwischen dem Morb. Br. (als ursächlichem Momente) und den Drüsenschwellungen herzustellen, so musste man sich versucht fühlen, zu sehen, ob es nicht anginge, die Drüsenschwellungen als das primäre, den M. Bright. als secundär anzusehen. Für eine solche Auffassung liess sich geltend machen: 1. die schon im Juni 1876 constatirte Schwellung der Milz, 2. eben die Unmöglichkeit der Auffassung der Drüsenschwellungen als Folge des Morb. Bright.; 3. die Möglichkeit, dann, wenn es gelang, die Drüsenschwellungen als den Ausdruck des Primärleidens anzusehen, vielleicht ein besseres Verständniss des inneren Zusammenhanges aller vorliegenden Läsionen zu gewinnen.

Welcher Natur, musste man sich weiter fragen, konnte diese Schwellung der Lymphdrüsen sein? Es war zu denken an eine Schwellung in Folge von Leukämie, von Tuberculose, von Syphilis, von Carcinom, an multiple Lymphome.

Die Leukämie war nach der Untersuchung des Blutes (welche lediglich eine nicht hochgradige Blässe der rothen Blutkörperchen zeigte) sofort auszuschliessen. — Mit der Tuberculose stimmte wohl allenfalls noch der Befund in den Lungenspitzen, es sprach aber dagegen der Ernährungszustand der Kranken, ihre Fieberlosigkeit, der Mangel an wesentlicheren Respirationsbeschwerden, an einem Catarrhe in den Lungen. Würde man aber auch eine Tuberculose angenommen haben, so würde der Morb. Brightii doch nur gezwungen als secundäre Erscheinung zu erklären gewesen sein. Nierentuberculose sehen wir gewöhnlich nur neben verbreiteter und ausgesprochener Tuberculose der Lunge oder neben Tuberculose des Urogenitaltractus. Beides fehlte hier. Auch fehlten die bei Nierentuberculose sonst vorhandenen Beschwerden (Harndrang etc.); auch eine Geschwulst in der Nierengegend war bestimmt nicht vorhanden. Eben so wenig fand sich eine „grumöse Tuberkelmasse“ im Harnsedimente — wobei es unerörtert bleiben muss, welches Gewicht derselben für die Diagnose zukommt. So wenig aber jetzt auch das Krankheitsbild für Tuberculose sprach, so kam doch eine Zeit, in der das klinische Bild eine verzweifelte Aehnlichkeit mit dem einer Tuberculose bekam, und man sich die hier angeführten Gründe (zu denen — wie sich zeigen wird — im Verlaufe ein weiterer kam) vorhalten musste, um nicht zur Annahme einer Tuberculose gedrängt zu werden. — Eine carcinomatöse Degeneration der Drüsen anzunehmen, war ich noch weniger geneigt. Sowohl die Beschaffenheit der palpablen Drüsen als das Fehlen eines bestimmt erwiesenen primären Carcinoms und das jugendliche Alter der Kranken schienen gegen diese Annahme zu sprechen. Uebrigens zeigte sich im Verlaufe ein zeitweiliges Kleinerwerden der Drüsen. — Auch als multiple Lymphomentwicklung durften die Drüsenschwellungen nicht angesehen werden. Bei dieser Krankheit bilden die Lymphdrüsen wirkliche, meist umfängliche, derbe Tumoren, wovon hier sich nichts fand. Auch hätte in diesem Falle die Drüsenschwellung viel mehr im Vordergrunde des klinischen Bildes stehen müssen.

Bei einer multiplen Lymphomentwicklung wäre es wohl zulässig gewesen, die Entwicklung von Lymphomen auch in der Niere anzunehmen

Eher noch schien es zulässig, die Drüsenschwellung als Folge von Lues anzusehen: Damit hätte 1. die Beschaffenheit der der Palpation zugängigen Drüsen gesprochen. In Folge von Syphilis geschwellte Lymphdrüsen fühlen sich so an, wie die hier vorgelegenen. Damit wäre es 2. denkbar gewesen, die Läsionen des drüsigen Apparates und der Nieren unter Einen Hut zu bringen, da Fälle von Albuminurie bei Gummigeschwülsten nicht nur, sondern auch bei diffuser syphilitischer Infiltration der Niere wohl sehr selten vorkommen, aber doch bekannt sind. (A. Beer, die Eingeweidesyphilis, Tübingen, 1867.) Es hatte 3. der Mann dieser Frau auch wirklich vor seiner Verheiratung an Syphilis gelitten. Doch liess sich andererseits gegen die Annahme einer syphilitischen Erkrankung an-

Digitized by Google

führen: 1. Das Fehlen aller anderen, auf Lues deutenden Läsionen im Körper der Frau G.: Weder auf der Haut, noch im Knochensysteme, weder auf der Schleimhaut der Genitalien, noch auf der des Mundes oder Rachens zeigte sich etwas, was für Lues imponiren konnte. 2. Hatte Herr G. noch vor seiner Verheiratung eine Schmiercur (bis zur starken Salivation), darnach eine ausgiebige Cur mit Jodkali durchgemacht, und während seiner Verheiratung kein Zeichen von Lues geboten. 3. Auch an dem Kinde der Frau G. war nichts zu finden, was für Lues gesprochen hätte.

Da aber alle diese gegen Lues sprechenden Gründe negative waren, beim Fallenlassen der Annahme einer Lues nur übrig blieb, ein Nebeneinanderverlaufen zweier differenter Processe bei Frau G. anzunehmen; mit dem Versuche einer antisyphilitischen Medication vielleicht mehr Klarheit zu gewinnen war, so war ich geneigt, vorerst bei der Annahme einer Lues stehen zu bleiben, und erst nach dem etwaigen Misslingen einer Behandlung mit Jodkali diese Supposition fallen zu lassen.

Jedoch steigerten sich die Beschwerden von Seite des Magens bei jedem Versuche, der Kranken Jodkali beizubringen, und änderte sich überdies alsbald das Krankheitsbild durch das Auftreten von Fieber derart, dass von dem weiteren Versuche einer antisyphilitischen Behandlung bald abgegangen werden musste.

Der weitere Verlauf der Krankheit gestaltete sich folgendermassen:

Die Kranke nahm am 27. und 28. August Jodkali und wurde überdies des Morb. Brightii wegen vom 28. August ab auf absolute Milchdiät (meist saure Buttermilch) gesetzt. Das Jodkali verursachte ihr vermehrte Ueblichkeit und Magenschmerzen. Am 29. Vormittags nahm die Kranke ein heisses Bad, und wurde darnach in warme Kotzen gehüllt. Obwohl während dieser — durch den Morb. Brightii indicirten — Procedur der Kopf fortwährend mit einer nassen Haube bedeckt war, bekam die Kranke bald nach dem Bade sehr heftige Kopfschmerzen, ein hochgeröthetes Gesicht und zeigte Abends einen Puls von 120, eine Achselhöhlentemperatur von 38·2, eine Respiration von 36 in der Minute.

Schon am 29. August angefangen änderte sich das Krankheitsbild insoferne, als Fieber und zwar eine mit Ausnahme etlicher fieberfreien Tage febris continua remittens hinzutrat. Dabei muss erwähnt werden, dass von den Nachttemperaturen nichts Positives bekannt wurde, da Messungen in der Nacht nicht vorgenommen wurden. Doch ergab sich aus dem Berichte der Kranken, ihrer Umgebung und des Wartpersonales sowie aus den Messungen, die gelegentlich einzelner späterer Abendbesuche meinerseits gemacht werden konnten, mit für das Gesammtbild hinreichender Klarheit, dass die Temperatur der Nacht die des Tages beträchtlich übersteigen musste. Meistens stieg die Hitze der Kranken besonders bis Mitternacht, um dann von 1 Uhr Nachts angefangen meist abzufallen. Begreiflicherweise passte ein solches länger andauerndes Fieber zu der Annahme einer luetischen Krankheit schlecht; noch weniger stimmten damit die bald nach dem Eintreten des Fiebers in den Vordergrund tretenden Störungen von Seite der Respirationsorgane.

30. August 1876. Nach einer sehr schlecht, unter grosser Hitze verbrachten Nacht betrug die Temperatur Vormittags 10: 38·7 (Achselhöhle), Puls 116, Resp. 36. Mittags gegen 1 bekam die Kranke plötzlich einen starken Hustenreiz und expectorirte dabei ein paar Sputa reinen, hellrothen, schaumigen Blutes. Die Auscultation ergab mit grosser Wahrscheinlichkeit, dass die Blutung aus der linken Lungenspitze erfolgt war, indem über derselben bald nach der stattgefundenen Haemoptoe ein paar feuchte Rasselgeräusche zu vernehmen waren, die vorher nicht dagewesen waren und sich auch bald wieder verloren. Die Abendtemperatur betrug an diesem Tage 39·4 (P. 120, Resp. 42!).

Digitized by Google

Es wurde jetzt das Kali hydrojodicum, das der Kranken angeblich sehr viel Ueblichkeit verursacht hatte, weggelassen, und ihr in den nächsten Tagen Chinin, Natron salicylicum nebst kalten Waschungen verordnet. Auch diese Medication, wie alle Wärmeentziehungsversuche vertrug die Kranke auffallend schlecht. Schon kalte Waschungen und ein paar Stunden liegen bleibende Stammumschläge waren ihr äusserst unbehaglich, verursachten ihr Frösteln und drohten collapsähnliche Zufälle hervorzubringen. — Etwas besser vertrug die Kranke die Digitalis, aber auch diese verursachte ihr früher Ueblichkeiten, als sie die Pulsfrequenz verminderte. Oefter — bis zu 3 im Tage — wiederholte subcutane Injectionen von 2% Carbolsäurelösung vermochten auch das Fieber nicht herabzusetzen, linderten aber, wenn sie in der rechten seitlichen Thoraxgegend gemacht wurden, die stechenden Schmerzen daselbst.

Es ging aus diesen Erfahrungen hervor, dass das Fieber zu denjenigen zählte, welche dem antipyretischen Apparate — so weit ihn zu entwickeln die Kräfte der Kranken zuliessen — widerstehen, ein Umstand, der die Prognose erheblich verschlimmerte. — Die Zeichen des Morb. Brightii bestanden constant, doch schwankte die Eiweissmenge nicht unerheblich. Die Urinmenge blieb vorerst noch ziemlich reichlich.

31. August. Temp. Vormittags 38·2, Abends 39·8, P. 120, Resp. 40—42. Die am meisten geschwellt gewesene Drüse (in der linken Achselhöhle) fühlt sich kleiner an. 1. Sept. T. Morg. 37 8, Ab. 39, P. 120, Resp. 42. Die Nacht vom 31. Aug. auf den 1. Sept. in grosser Fieberhitze zugebracht, welche gegen 1 Nachts nachgelassen hatte. Die Beschwerden von Seite des Magens (unter andauernder absoluter Milchdiät) geringer, die Athembeschwerden hingegen beträchtlich und andauernd. Die Schmerzen in der rechten Seite des Thorax sehr stark. Die Dämpfung rechts unten scheint zuzunehmen. Heute enthält der Harn sehr viel Eiweiss, fast die Hälfte der Harnprobe in der Eprouvette gerinnt beim Kochen, auch ist die Urinmenge geringer. Auf etwas grössere Chinindosen starkes Ohrensausen, Nachmittags stürmisches Erbrechen (4 mal), dann auch Diarrhöe. Abends befand sich die Kranke bei einer T. von 37, einer Resp. von 30—34, P. von 120 subjectiv besser, bis auf die grosse Hinfälligkeit und neuerliche rheumatoide Schmerzen im rechten Beine.

Es musste unentschieden bleiben, ob das Erbrechen vom 1. September ein urämisches oder — wie die Kranke durchaus behauptete — Folge des Chinins war. Jedenfalls war es verdächtig, dass dieses stürmische Erbrechen mit Zunahme des Eiweisses und Abnahme der Harnmenge zusammenfiel.

Resumiren wir die Vorgänge vom 31. August bis 14. September, so sehen wir unter Andauer der schon geschilderten Symptome und eines mässig starken, intermittirenden Fiebers am 1. September und schwächer am 13. Sept. urämische Erscheinungen auftreten (Kopfschmerz, Erbrechen, Uebelkeit, Verminderung der Harnmenge). Beide Anfälle kamen zwar nach grösseren Chiningaben, aber namentlich die auch das zweitemal dabei aufgetretene Verminderung der Urinmenge sprach für die urämische Natur dieser Anfälle. — Der Erguss in der rechten Pleurahöhle wuchs stetig, dabei zeigte die rechte Lunge auffallend wenig Compressionserscheinungen, wie bei einem Hydrothorax; links schien es auch zur Exsudation kommen zu wollen. Der rheumatische Process erwies sich auch als noch nicht abgelaufen.

Die zweite Hälfte des September hatte bei im Wesentlichen gleicher Sachlage eine Zunahme einiger Läsionen zu Stande kommen lassen. Der Erguss im rechten Pleuraraume hatte bedeutend zugenommen, es waren auch Zeichen einer beginnenden Exsudation links aufgetreten. Das Fieber war gestiegen, und hatte in den letzten Septembertagen einen intermittirenden Charakter angenommen. Das Oedem hatte ebenfalls zugenommen und war von weiteren auf die Nephritis

Digitized by Google

zu beziehenden Symptomen auch noch öftere Verdunkelung des Gesichtsfeldes aufgetreten. Leider wollte die Kranke eine ophthalmoskopische Untersuchung nicht zulassen. Auch der rheumatische Process hatte wieder recrudescirt und jetzt sogar zu seiner stärksten Exacerbation geführt. Die übrigen Symptome — der üble Geruch aus dem Munde, die Aufgetriebenheit und Druckempfindlichkeit des Magens, die Kurzathmigkeit, die uroskopischen Zeichen des Morb. Brightii etc. — dauerten in gleicher Weise weiter an. — Was die Therapie betrifft, so wäre zu erwähnen, dass ein Versuch mit der tinct. Fowleri gemacht und auch noch lange Zeit hindurch fortgesetzt wurde. Auch Kali aceticum wurde zur Anregung der Diurese wiederholt gereicht. Meist hielt sich die Kranke an Milchdiät, und Milch war jedenfalls ihr Hauptnahrungsmittel. — Die Krankheit hatte Frau G's. Charakter geändert, sie war viel geduldiger geworden, war leicht zu beschwichtigen, und die kleinste Besserung ihres subjectiven Befindens reichte hin, sie hoffnungsreicher zu machen.

Die erste Hälfte des October hatte den stärksten urämischen Anfall gebracht, den die Kranke bis dahin hatte. Ausserdem aber war das Bild durch die Dyspnoë im Anfange des Monates, später als die Dyspnoë etwas nachgelassen hatte, durch das starke Husten etwas geändert. Schon jetzt — später trat dies noch mehr hervor — machte die fortwährend hustende, kurzathmige, in ihrer Ernährung immer mehr herabkommende Kranke mit dem Abends stets ansteigenden Fieber in nicht geringem Masse den Eindruck einer Tuberculosen; um so mehr, wenn man dazu die Veränderungen in den Lungenspitzen, das grosse Exsudat rechts, das kleine links, das klingende Rasseln links unten in Betracht zog. Es lag also nun wieder manches vor, was zur Supposition einer Tuberculose drängte.

Noch ist zu bemerken, dass am 11. October vorübergehend eine Ungleichheit in der Stärke und Frequenz des Pulses, und am 12. October auch ein pericardiales Anstreifen wahrzunehmen war.

In der zweiten Hälfte des October war der Zustand im Ganzen ausserordentlich rapid schlecht und völlig desperat geworden. Namentlich waren die Respirationsbeschwerden durchaus in den Vordergrund getreten. Wer jetzt ohne nähere Aufklärung die rasch und oberflächlich athmende, heftig hüstelnde fieberhafte Kranke mit geröthetem Gesichte, blutig-eitrigem Sputum, fliegendem Pulse zuerst sah, bekam nothwendig den Eindruck, er habe es mit einer Tuberculosen zu thun. Zu den anderen Gründen, die mich aber auch jetzt abhielten, eine Tuberculose anzunehmen, kam jetzt noch der, dass es in das Bild einer Tuberculose nicht hineinpasste, gleichzeitig den Hydrops so enorm zunehmen zu sehen. Wenigstens in den meisten Fällen von Tuberculose ist die Säfteconsumtion eine so bedeutende, dass es — wenn auch Nephritis daneben besteht — gemeiniglich zu einem solchen Hydrops und Ascites nicht mehr kommt.

Anfangs November entwickelte sich nun auch noch ein starkes Eczem auf der Nase und den Wangen, welches bis in die letzten Lebenstage andauerte.

Am 5. November musste ich verreisen und sah die Kranke erst am 11. November wieder. Der Zustand war im Ganzen und Grossen derselbe, und führte unter Andauer des Fiebers, der Dyspnoë, des Hustens, des Auswurfes, unter zunehmendem Hydrops und Ascites endlich zu einem mehrstündigen urämischen Anfalle (Kopfschmerz, Erbrechen, Sopor) am 21. November, in welchem die Kranke starb.

Fragen wir uns nun: Welche Veränderungen durften wir bei der Section im Wesentlichen aufzufinden erwarten? Zunächst also: eine Nephritis parenchymatosa mit ihren Folgen, d. i. Ergüssen in die Pleurahöhlen, in das Cavum peritonei. In den Lungen erwarteten wir in den Spitzen verdichtete Stellen älteren Datums, und daselbst und noch weiter in der Lunge frische lobuläre Herde; die rechte Lunge war voraussichtlich im Ganzen durch den grossen Erguss comprimirt;

Digitized by Google

der untere Abschnitt des linken Unterlappens, über dem in vivo klingendes Rasseln zu hören war, war entweder comprimirt oder infiltrirt zu erwarten.

Das deutliche pericardiale Anstreifen, welches vorübergehend am 12. October zu hören gewesen war, liess eine Pericarditis obsoleta, Sehnenflecke etc. erwarten. Von der Milz wussten wir, dass sie seit Monaten grösser war. Ferner war sicher anzunehmen, dass auch noch andere als die in vivo palpablen Lymphdrüsen geschwellt und verdickt gefunden werden würden.

Endlich aber hofften wir ausser der Bestätigung dieser schon im Leben zu erkennenden Läsionen Aufschluss zu erhalten über den innern Zusammenhang aller dieser verbreiteten Läsionen.

Die Section, am 21. November 1876 von Herrn Dr. Chiari vorgenommen, ergab nun Folgendes:

Befund bei der am 21. November 1876 auf dem israelitischen Friedhofe vorgenommenen Obduction der Frau G., 25 Jahre alt.

Der mittelgrosse, gracil gebaute Körper mit einer, stellenweise wie an der vorderen Bauchwand noch ziemlich (bis 2 Cm.) dicken subcutanen Fettschichte versehen, überhaupt leicht, in der unteren Körperhälfte stark oedematös. Todtenflecken von blasser Farbe in spärlicher Menge im Gesichte, am Halse und an der Rückseite des Körpers. In der Luftröhre reichlicher schaumiger Schleim. Ihre Schleimhaut wie die des Larynx und der Bronchien (auch jener höherer Ordnung) geröthet. Die linke Lunge im ganzen Umfange ziemlich fest angewachsen, die rechte mit Ausnahme der leicht adhärenten Spitze frei. Das Parenchym beider Lungen blutreich und oedematös. Der rechte Unterlappen durch in der rechten Pleurahöhle in der Menge von 0·5 Lit. angesammelte seröse Flüssigkeit unvollständig comprimirt. Der linke Unterlappen in einzelnen lobularen Herden theils splenisirt, theils roth hepatisirt. Aus den Bronchialdurchschnitten in den Lungen allenthalben, besonders aber in den Unterlappen eitriger Schleim bei Druck zu entleeren. In der linken Lungenspitze eine verästigte, etwa nussgrosses Terrain für sich in Anspruch nehmende bis an die Oberfläche sich fortsetzende und dort durch narbige Einziehungen sich manifestirende grauschwärzlich gefärbte Schwiele die einzelne bis erbsengrosse käsige Herde in sich einschliesst. Eine ebenso beschaffene, nur beträchtlich kleinere Schwiele in der rechten Lungenspitze. Im Herzbeutel bei 50 Gramm leicht getrübten Serums. Das Pericardium viscerale mit dem parietale über dem linken Rande des linken Ventr. nach der Spitze durch 2 circa 1 Cm. lange halbkleinfingerdicke Stränge lockeren Bindegewebes verwachsen. Das Herz von dem Körper entsprechender Grösse mässig contrahirt. In den Höhlen der linken Hälfte wenig flüssiges und locker geronnenes Blut. Im rechten reichliches Fibrincoagulum. Die Klappen wie auch die Intima der A. pulm. und der Aorta ganz glatt und zart. Nur an der Vorhofsfläche des freien Randtheiles des Aortenzipfels der V. mitralis eine stecknadelgrosse weiche papillare Excrescenz. In der Bauchhöhle bei 4 Lit. gelben Serums. Die Leber mit der Nachbarschaft zellig verwachsen, das grosse Netz mit einem kleinen Theile der rechten Hälfte des Uterusfundus (in der Gegend des rechten Hornes) adhärent. Sonst die Bauchorgane nicht abnorm fixirt. Die Leber etwas kleiner, an ihrer Oberfläche uneben durch das Protuberiren von bis haselnussgrossen Gruppen von Läppchen, die (die Gruppen) gegeneinander durch dichte Bindegewebszüge abgegrenzt sind. Die gleiche Granulation zeigt sich auf dem Durchschnitte. Das eigentliche Leberparenchym blass schlaff. Die Gallenblase zähe Galle von dunkelbrauner Farbe enthaltend. Die Milz etwa um die Hälfte grösser, dichter, blutreich. Ihre Kapsel leicht verdickt. Magen und Darm wenig ausgedehnt. Seine Schleimhaut wenig Blut enthaltend. Beide Nieren leicht geschwellt. In ihrer Corticalis, die erbleicht ist, einzelne punktförmige Blutaustritte. An der Oberfläche die Corticalis stellenweise vertieft. Hier haftet die Kapsel, die sich sonst leicht abstreifen lässt, etwas

Digitized by Google

fester, und erscheint auch die Consistenz des Nierenparenchyms vermehrt. Die Schleimhaut der harnableitenden Wege blass. Uterus von gewöhnlicher Grösse und Wanddicke, nicht virginal. Die Tuben mit den Ovarien verwachsen. In jedem Ovarium sogenannte Menstruationsfibrome und je ein Corpus luteum. (Das im linken Ovarium jünger als im rechten). Die Lymphdrüsen des Halses, des Thorax, des Abdomen, ferner die in inguine und in axilla mässig intumescirt, dabei succulent, geröthet. Diagnose: Chronische interstitielle Hepatitis. Morbus Brightii. Chron. Milztumor. Universeller Hydrops. — Anwachsung der linken Lunge. Partielle Concretion des Herzens mit dem Herzbeutel. — Schwielen in beiden Lungenspitzen. — Schwellung der Lymphdrüsen.

Wir fanden also alle jene Läsionen in der That, wie wir sie vermuthet hatten, ausserdem aber, was wir nicht vermuthet hätten: eine chronische interstitielle Hepatitis. Wir hatten wohl erwartet, die Leber stark nach abwärts verdrängt zu sehen, sie war auch in den letzten Wochen palpabel gewesen; eine Lebercirrhose anzunehmen, war man jedoch durch nichts im klinischen Bilde und Verlaufe veranlasst. War nun — so musste man schliesslich fragen — die interstitielle Hepatitis die Lösung des Räthsels oder — ein neues Räthsel? Am ehesten könnte man eine solche über das ganze Organ verbreitete Hepatitis, wie auch die Adenitis als durch Syphilis bedingt annehmen, wobei es in suspenso bliebe, ob auch die Nephritis eben dahin einzubeziehen sei oder nicht. Die Vermehrung der Consistenz des Nierenparenchyms und der Milz käme mit für die Annahme der Lues zu verwerthen. Aetiologisch war die Eine häufige Ursache der granulirten Leber — der starke Alkoholgenuss — ausgeschlossen, nicht eben so sicher die Syphilis. Dagegen scheint der klinische Verlauf, das monatelange Fieber, wie in vivo, so auch in der Epikrise gegen Lues zu sprechen, und ist es ja bekannt, dass es genug Fälle von Lebercirrhose gibt, bei denen weder Alcoholismus, noch Lues zu beschuldigen ist. Würde man bei der Annahme einer syphilitischen Erkrankung stehen bleiben, so müsste man annehmen, dass die ersten Erscheinungen der Syphilis bei Frau G. sehr leichte waren und übersehen wurden, oder die Lues hereditär war. Bemerkenswerth aber erscheint der mitgetheilte Fall — wie gesagt — darum nicht weniger, weil eine völlige Klarheit über denselben nicht zu gewinnen ist. — Gerade deshalb erschien es mir gerechtfertiget, die Krankheitsgeschichte möglichst ausführlich zu schildern.

Sitzung vom 16 Mai 1877. Dr. K. Bettelheim: Ein Fall von Carcinoma ventriculi und Bemerkungen zur Diagnose des Magencarcinomes.

Die 25 Jahre alte F. N. aus Pardubitz, früher Köchin, jetzt ohne Beschäftigung, stellte sich am 20 April 1877 in meinem Ambulatorium wegen Erbrechens und anderweitiger Magenbeschwerden vor. Sie gab an, von gesunden Eltern zu stammen, die Mutter schon sehr frühe verloren, eine gesunde Schwester zu haben und bis October 1876 gesund gewesen zu sein. Damals empfand sie zuerst Magenbeschwerden, d. i. ein Gefühl von Druck und Zusammenziehung im Magen, jedoch noch ohne Erbrechen. Nach dem Genusse saurer Speisen sollen die Beschwerden immer zugenommen haben. Am 23. Jänner d. J. wurde sie von einem gesunden Kinde entbunden. Die Geburt soll eine schwere gewesen sein, wurde aber ohne Kunsthilfe zu Ende geführt. Das Wochenbett verlief normal. Das gesunde und noch jetzt lebende Kind wurde von seiner Mutter 11 Tage lang (im Findelhause) gestillt. Die Magenbeschwerden dauerten an, verschlechterten sich vom März angefangen immer mehr, es stellte sich dann auch das massenhafte Erbrechen ein und die Kranke wurde sehr schwach und matt.

Bei der ersten Untersuchung fand sich an der Kranken ein widerlich saurer Geruch aus dem Munde, ein starkes Plätschern schon bei leichtem Drucke in das linke Hypochondrium, Ausdehnung des Magenschalles hoch hinauf seitlich links

Digitized by Google

am Thorax, nach unten bis zur Nabelhöhe, Wechsel des Flüssigkeitsniveau's im Magen bei Lageveränderung. Der Magen war wenig druckempfindlich, einen Tumor fanden wir bei der ersten Untersuchung nicht. Die Magensonde kam sehr leicht in den Magen und wurde auf diesem Wege sowohl durch die Sonde als neben ihr vorbei eine grosse Menge chokoladefarbener, wie sauergährend riechender Flüssigkeit aus dem Magen entleert. In dieser Flüssigkeit fanden sich eine ungewöhnlich grosse Menge von Sarcine- und Hefe-Pilzen, ferner vereinzelte lymphoide Körperchen, selbstredend auch Speisereste. Die Kranke fühlte sich nach der Magenauspumpung erleichtert und das Erbrechen blieb 1—2 Tage aus, kehrte aber dann wieder.

Bei einer späteren Untersuchung — unmittelbar nach einer Magenauspumpung vorgenommen — fand ich einen umfänglichen Tumor in der verlängerten linken Parasternallinie in der Nabelhöhe. Dieser Tumor gab einen gedämpft tympanitischen Percussionsschall, war derb, druckempfindlich, höckerig, liess sich von unten umgreifen, nach links und oben unter dem linken Rippenbogen, nach rechts bis ungefähr zur rechten Parasternallinie, dabei schräg nach oben verlaufend, verfolgen, war von der Leber durch tympanitischen Schall zu trennen, kaum von einer Seite zur andern beweglich, kam im Stehen der Kranken tiefer herabgedrückt und machte die Pulsationen der Bauchaorta und sehr deutlich die Respirationsbewegungen mit. Uebrigens ist der Tumor je nach dem Füllungsgrade des Magens zu verschiedenen Zeiten verschieden deutlich palpabel, bei entleertem Magen scheint der Tumor unmittelbar unter den Bauchmuskeln zu liegen. — Lagert sich die Kranke auf die linke Seite, so findet sich im „halbmondförmigen Raum" Traube's sofort ein gedämpfter, bei Rechtslagerung gleich wieder ein lauter tympanitischer Schall.

Was den Verlauf der Krankheit betrifft, so weit unsere Beobachtung reicht, so hat sich die anfängliche Besserung durch das Auspumpen bald wieder verloren und hat die Kraftlosigkeit und das kachektische Aussehen der Kranken und auch die Grösse des Tumors rapid zugenommen. Der Tumor beherrscht jetzt das Terrain des linken Hypochondriums so, dass das Plätschern nicht mehr so leicht zu produciren ist.

Seit 3—4 Tagen findet sich auch Oedem an den Knöcheln und in der Haut des Thorax links unten. Der Kranken wurde bedeutet, nur Milch und Suppe zu essen, es wurde ihr fleissig der Magen ausgepumpt und es wurde versucht, der Gährung entgegen zu treten.

Eingiessungen von verdünnten Lösungen von Kali hypermanganicum, innerliche Darreichung von Acid. salicylicum, Acid. carbolicum, von carbo vegetabilis leisteten bisher nur sehr wenig. Seitdem die Kranke ziemlich ausschliesslich von Milch lebt, hat der Mageninhalt übrigens seine dunkelbraune Farbe verloren. Der Sarcingehalt hat sich auch etwas verringert.

Meine Diagnose lautete auf Carcinoma ventriculi und consecutive Magendilatation. Die Berechtigung dieser Diagnose ergibt sich aus den Beschwerden der Kranken, der Beschaffenheit des Tumors und aus der Kachexie.

Es ist nichts überaus Seltenes, bei noch so jugendlichen Personen, wie es diese Kranke ist, ein Magencarcinom zu sehen — bezieht sich ja sogar einer der in der Literatur vorfindlichen Fälle von angeborenem Krebs auf ein Magencarcinom — allein es ist ein Magencarcinom bei einer 25 Jahre alten Frau immerhin nichts alltägliches.

Der Fall erregt etwas weniger als andere derartige Fälle die Furcht vor einer Verwechselung mit einem Ulcus rotundum.

Die Kranke hatte nicht die dem Ulcus gemeiniglich — wenngleich nicht immer — zukommenden heftigen Schmerzen, auch hat sie, so weit die Anamnese darüber Aufschluss gibt, nie eine stärkere Magenblutung gehabt. Andererseits ist

Digitized by Google

die Kachexie grösser, als sie bei einer Verdickung der Magenwände um ein Ulcus herum nach so relativ kurzer Zeit sein würde, und namentlich ist der, überdies sehr höckerige Tumor schon viel grösser, als es bei einem Magentumor nach Magengeschwür jetzt schon der Fall wäre. Die Untersuchung des Erbrochenen weist wohl keine „Krebszellen" nach, aber wann hätten die „Krebszellen" im Erbrochenen wirklich schon zur Sicherstellung der Diagnose verholfen, die nicht anderweitig sicher gestellt gewesen wäre?

Eine Verwechslung des Tumors könnte noch stattfinden mit einem Leberkrebs, allein der Tumor ist percutorisch von der Leber abgrenzbar, auch fehlt der Icterus. — Ein circumscriptes Peritonealexsudat wäre wohl unter Entzündungserscheinungen zu Stande gekommen und durch Adhäsionen bereits fixirt und unbeweglich geworden. — Ein Carcinom des Omentums, welches anzunehmen die grosse Oberflächlichkeit der Geschwulst nahegelegt, würde wohl bei gefülltem Magen deutlicher — weil mehr nach vorne gedrängt — bei leerem weniger deutlich sein; der vorliegende Tumor — wie sich die Herren gleich jetzt nach der Auspumpung des Magens überzeugen werden — wird bei leerem Magen deutlicher.

Ich glaube also, mit Beobachtung derjenigen Reserve, welche bei derartigen Angelegenheiten immer bewahrt werden muss, die Diagnose auf ein (wahrscheinlich) medullares Carcinom des Magens stellen zu können.

Ich möchte aber noch ein paar Worte über den Tumor selbst anfügen.

Derselbe befindet sich — wie wir gesehen haben — seiner Hauptmasse nach im linken Hypochondrium, könnte also vielleicht zu der Frage Veranlassung geben, ob er nicht der vorderen Magenwand, mehr dem Cardiaantheile des Magens angehöre und also gar nicht die Ursache der Magendilatation sei?

Dass die Geschwulst der eigentlichen Cardia nicht angehören könne, brauche ich wohl nicht zu erwähnen, da es bekannt ist, dass Cardiageschwülste nicht palpabel sind; aber auch die Annahme, dass die Geschwulst mehr dem linken Theile des Magens angehöre, muss mit Reserve gemacht werden.

Denn Pyloruscarcinome bewirken Lageveränderungen des Magens, die oft genug zu Tauschungen Anlass geben. Doch spricht obiges Verhalten immerhin dafür, dass das Neoplasma sich auch auf die vordere Magenwand erstrecken möge.

Es hätte übrigens nichts Unverständliches, auch in einem Falle, wo der Pylorus nicht der Sitz der Affection ware, die Zeichen der Magendilatation zu sehen. Denn bekanntlich ist es nicht immer das rein mechanische Moment der Verkleinerung der Magenmündung, wodurch die Magenerweiterung entsteht, auch die durch Hereinwuchern der Aftermasse bedingte Functionsbehinderung der Muscularis des Magens führt zur Ausdehnung desselben und zu massenhaftem Erbrechen. — Auch der Umstand, dass die Kranke angibt, schon sehr bald ($^1/_4$—$^1/_2$ Stunde) nach dem Essen Erbrechen zu bekommen, deutet nicht mit Sicherheit auf die Cardia als Sitz des Carcinoms, weil so etwas bei constatirten Fällen von Pyloruscarcinom auch angegeben wird.

Aber der vorliegende Tumor verlangt noch in einer anderen Beziehung unsere Beachtung, das ist in Bezug auf seine ausgezeichnete respiratorische Verschiebbarkeit.

Und gerade diese spricht auch wieder für die Betheiligung des linken Antheiles des Magens an der Geschwulstbildung.

Die respiratorische Verschiebbarkeit ist grösser, als sie Magencarcinomen meist zukommt, und weitaus grösser, als die Autoren den Magencarcinomen zuschreiben. Während nämlich die verbreitetsten Handbücher der speciellen Pathologie und Therapie (Kunze, Niemeyer, Seitz) über diesen Punkt ganz schweigen, gibt Bamberger an, dem Magencarcinom sei eine geringe oder vollkommen fehlende Theilnahme an den respiratorischen Bewegungen des Zwerchfelles eigen, wogegen Henoch nur nebenbei einen Fall von Habershon citirt,

Digitized by Google

bei welchem das Pyloruscarcinom den respiratorischen Bewegungen folgte, weil es mit der Gallenblase verwachsen war. Leube spricht den Magencarcinomen gewissermassen theoretisch eine Beweglichkeit mit der In- und Exspiration zu, findet es aber für nothwendig, um zu zeigen, dass die Praxis dieser Theorie manchesmal auch wirklich entspreche, einen Fall solcher exquisiter Beweglichkeit mitzutheilen.

Leube meint nämlich, dass die Krebsgeschwülste durch die Respiration deshalb (meist) unbehelligt in ihrer ursprünglichen Lage bleiben dürften, weil die der Diaphragmafläche der Magenwandung mitgetheilte Bewegung in dem mit Luft und Flüssigkeit gefüllten Organe leicht nach der Seite hin ausweicht. Da nun aber gerade der linke obere Antheil des Magens am meisten in Contact mit dem Zwerchfelle ist, so spricht, wie gesagt, die grosse respiratorische Verschiebbarkeit wieder für Betheiligung des linken Segmentes des Magens an der Geschwulst.

Wenn ich meine eigenen Erfahrungen überhaupt den Angaben der citirten Autoren gegenüber zu Rathe ziehe, so muss ich den Magencarcinomen geradezu die ihnen als Peritonealtumoren ja auch zukommende Beweglichkeit bei der Respiration als charakteristische Eigenschaft — den Fall von Adhäsionen ausgenommen — in den meisten Fällen zuerkennen. Indessen ist die Zahl der Fälle, die ich gesehen habe, gewiss eine viel kleinere und also weniger massgebende, als die der angeführten Autoren.

Wir schliessen hier gleich den Sectionsbefund an, der in Nr. 27 der „Wiener medic. Presse“ 1877 mitgetheilt ist.

Die Kranke, welche den Gegenstand der vorigen Mittheilung bildete, starb am 22. Juni d. J. auf der Abtheilung des Herrn Prof. Löbl, nachdem sie vorher eine Zeit lang auf der Abtheilung des Herrn Primarius Scholz gelegen hatte. Sie nahm immer weniger, schliesslich fast gar keine Nahrung mehr zu sich und bekam kurz vor dem Tode noch eine suppurative Parotitis. Der im Nachstehenden nach dem Dictate des Herrn Dr. Chiari mitgetheilte Sectionsbefund bestätigt die Diagnose und klärt auch die in der Krankengeschichte besprochenen Eigenthümlichkeiten des Tumors auf. Zunächst erklärt sich der Umstand, dass der Tumor so weit nach links palpabel war, dadurch, dass sich die Geschwulst nicht blos über den ganzen Pylorusantheil, sondern in der That noch ziemlich weit nach links bis in die Mitte der vorderen und hinteren Magenwand erstreckte, ferner aber auch dadurch, dass der Pylorus in einer Strecke von 4—5 Ctm. an den Rand des linken Leberlappens adhärent war. Letzterer Umstand erklärt weiters die ungewöhnlich grosse respiratorische Verschiebbarkeit der Geschwulst, von der B. in seiner obigen Mittheilung gesagt hatte, dass sie grösser sei, als sie Magencarcinomen meist zukommt. Mit dem rechten Leberlappen war der Tumor in keinem Zusammenhange. Die Verwachsung mit dem linken Leberlappen war augenscheinlich noch nicht sehr alt. Es hatte sich dem entsprechend auch die anfängliche seitliche Verschiebbarkeit des Tumors je länger, desto mehr verloren. Wie zuletzt in vivo, waren auch in cadavere die der Magenerweiterung angehörigen Zeichen nicht sehr auffällig. Die Magenerweiterung war in demselben Masse zurückgegangen, als die Kranke ihre Nahrungsaufnahme — schliesslich, wie gesagt, fast auf Null — reducirte. Rechnet man von dem Auftreten der ersten Magensymptome an, so hätte die Dauer der Krankheit 9 Monate betragen, also um 3 Monate weniger als die Durchschnittsberechnung von Brinton ergab.

Der Sectionsbefund lautet wie folgt: Novotny Francisca. Der Körper klein, gracil gebaut, stark abgemagert, sehr blass, mit zahlreichen Todtenflecken auf der Rückseite. Kopfhaar blond, die Pupillen enge, gleich; Hals dünn, Brustkorb ziemlich kurz, wenig gewölbt, Brustdrüsen schlaff, am Warzenhofe bräunlich pigmentirt, milchhältig. Unterleib eingezogen. In der linken Hälfte der epigastrischen Gegend grössere Consistenz als rechts zu fühlen. In der Luftröhre sehr wenig Schleim, die Schleimhaut blass. Beide Lungen frei; in jedem Pleuraraume etwa 30 Cub.-Cm.

Digitized by Google

röthlichen Serums. Das Parenchym der Lungen sehr blass. In der linken Spitze eine schwärzlich pigmentirte Schwiele, mit davon eingeschlossenen, etwa stecknadelkopfgrossen, käsigen Knoten. Im linken Lappen lobuläre Herde, in deren Bereiche das Lungenparenchym theils röthlich hepatisirt, theils eitrig infiltrirt erscheint. Im Herzbeutel wenige Cub.-Cm. röthlichen Serums, das Herz von entsprechender Grösse, schlecht contrahirt. Die Bronchialdrüsen linkerseits vergrössert, partiell verkalkt. In der Bauchhöhle etwa 100 Cub.-Cm. gelblichen Serums, auf dem Peritoneum des Oberbauchraumes, namentlich auf dem der Leber und des Magens zahlreiche bis haselnussgrosse polypöse Wucherungen, aus einer gallertigen, sehr weichen Aftermasse bestehend. Kleinere, id est bis erbsengrosse Knötchen derselben Aftermasse im grossen Netze. Das Peritoneum des Unterbauchraumes von der Afterbildung frei, mit Ausnahme des Mesometrons, auf dessen vorderer und hinterer Fläche bis nussgrosse Antheile der Geschwulstmasse sich finden. Der Magen in seiner pars pylorica und dem angrenzenden Abschnitte der mittleren Partie auf Mittelfingerdicke stenosirt, dadurch, dass seine Wandungen in dem genannten Antheile in der ganzen Peripherie von der hier allerdings derberen, aber auch gallertigen Aftermasse substituirt wird. Die Wandung des Magens ist hier bis 2 Cm. dick und starr. Die innere Oberfläche der pars pylorica erscheint zum grössten Theile seicht ulcerirt. Der linke Leberlappen mit der vorderen Fläche der pars pylorica ventriculi verwachsen. Auch in den Lymphdrüsen des Magens die gallertige Aftermasse, dieselben dadurch vergrössert. Leber, Milz und Nieren blass, Magen, Darm wenig ausgedehnt, mit breiigem Inhalt erfüllt. Harnblase contrahirt. Uterus normal. Die r. Parotis auf mehr als das Doppelte durch eitrige Infiltration vergrössert.

Diagnose: Gallertcarcinom des Magens und Peritoneums. — Univ. Anämie. — Parotitis supp. dextra. — Lobularpneumonie.

Prof. Mauthner: Ueber die Gräfe'sche Staarextraction und deren Erfolge.

Der Redner stellt in Betreff der genannten Staaroperation folgende Sätze auf: 1. Die periphere Linearextraction Gräfe's hätte trotz der richtigen theoretischen Deduction des peripheren Linearschnittes niemals die grosse praktische Bedeutung gewinnen können, die ihr thatsächlich zukommt, und hätte unbedingt wieder der Lappenextraction weichen müssen, wenn nicht Gräfe nachträglich das Sturzmanöver zum Zwecke der Linsenentbindung erfunden hätte. Nur durch die Vereinigung des Sturzmanövers mit dem linearen Schnitte erhebt sich die Gräfe'sche Operation über die Lappenextraction. 2. Die Frage, ob grosse und dicke Cataracten durch einen wirklich linearen Schnitt ohne Quetschung der Wundränder hindurchtreten können, entbehrt der praktischen Bedeutung, da die Erfahrung den Redner gelehrt hat, dass auch bei absichtlich zu klein gewähltem Schnitte die Durchdrängung der Linse durch die Wände und die Hinausschiebung der sich abstreifenden Corticalis mit Hilfe des Sturzlöffels von keinen nachtheiligen Folgen begleitet ist. Jede Lappenhöhle beim Gräfe'schen Schnitt ist daher vollständig unnöthig. 3. Eine normal ausgeführte Gräfe'sche Extraction (uncomplicirte Cataracten) gestattet unmittelbar eine günstige Prognose, während bei der Lappenextraction, wäre dieselbe noch so vollkommen vollendet, eine günstige Prognose unmittelbar nach der Operation zu stellen nicht gestattet ist. Die Zahl der Verluste ist nämlich nach normal vollführter Gräfe'schen Extraction eine sehr geringe. 4. Die Erfolge bei Gräfe'scher Operation sind demnach vom Operateur abhängig, ein Satz, der für die Lappenextraction durchaus nicht in gleicher Weise aufgestellt werden kann. Die Resultate verschiedener Operateure bei der Gräfe'schen Operation sind daher viel weniger unter einander vergleichbar, als dies für die Lappenextraction gilt.

Prof. Mauthner berichtet hierauf über die Erfolge der Gräfe'schen

Digitized by Google

Operation in 300 Fällen von Cataracta. Unter diesen 300 Cataracten waren 249 (83%) einfache, 51 (17%) complicirte Cataracten. Von den 249 einfachen Cataracten wurden 191 (76·6%) in normaler Weise extrahirt. Diese 191 Operationen lieferten (in Becker's Sinne) 98·4% günstige, 1·6% ungünstige Erfolge. Ohne Rücksicht auf die Art der Cataracta ergeben die 223 normalen Extractionen (74·3% der 300 Cataracten) 96·4% günstige, 3·6% ungünstige Erfolge. Nach Pimot (4) ist begreiflich, dass die Erfolge bei der Gräfe'schen Operation mit der Uebung des Operateurs wachsen. So zeigt das dritte Hundert der Cataracten (88 simple, 12 complicirte Cataracten) für die normal Operirten 81 Fälle aller Art 98·8% günstige, 1·2% ungünstige Erfolge, keine Phthisis. Ohne Rücksicht auf den Operationsverlauf und ohne Rücksicht auf die Art der Cataracta hatte man in dem dritten Hundert 97% günstige, 3% ungünstige Erfolge.

393. K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. — Sitzung am 11. Mai 1877.

Herr Dr. Grossmann demonstrirt eine Kranke mit lupöser Erkrankung des Kehlkopfes. Er macht zunächst auf das seltene Vorkommen dieser Form der Erkrankung des Larynx aufmerksam, welche zuerst von Türck beobachtet und beschrieben wurde. Er erwähnt ferner, dass Türck fast in allen derartigen Fällen einen herzförmigen Substanzverlust an der Epiglottis bemerkte und Fleischwärzchenbildung an den Nachbargebilden, im Pharynx und im Gaumen. Die Kranke wurde bereits von Prof. Neumann der Gesellschaft wegen Lupus conjunctivae vorgestellt. Die Untersuchung der Mund- und Rachenhöhlenschleimhaut ergibt keine Abnormität, nur die Uvula ist durch Narbengewebe spiralförmig nach oben gezogen. An der Epiglottis findet sich ein herzförmiger Substanzverlust. Das linke falsche und wahre Stimmband ist in eine Neubildung umgewandelt, welche höckerig uneben ist und sich auf das rechte wahre und falsche Stimmband fortsetzt. Wenn die Kranke intonirt, so schliessen sich die Stimmbänder vollständig und beim tiefen Einathmen gehen sie auseinander, so dass die Kranke keine Athembeschwerden hat. Was die Diagnose im vorliegenden Falle anlangt, so war sie durch die lupöse Erkrankung an der Hand und am Auge sehr erleichtert; schwieriger hätte sie sich jedoch gestaltet, wenn derartige Veränderungen gefehlt hätten. Jedoch auch dann hätte sie nur zwischen Carcinom und Lupus schwanken können, und man hätte sich für die letztgenannte Erkrankung aussprechen müssen, weil die Beweglichkeit der Stimmbänder, welche bei Carcinom an denselben sehr bald leidet, intact war.

Dr. N. Weiss: Demonstration eines Falles von progressiver Muskelatrophie. Der Kranke ist 17 Jahre alt und zeigt seit 2 Jahren die Erscheinungen der gegenwärtigen Erkrankung. Dieselben bestanden anfangs in einem Gefühle von Schwäche im linken Oberarme, welches sich besonders beim Heben des Armes geltend machte, bald darauf traten ähnliche Erscheinungen am rechten Oberarme auf und gleichzeitig wurde von der Umgebung des Kranken eine Veränderung in der Stellung der Schulterblätter und in der Krümmung der Wirbelsäule bemerkt. Nach mehreren Wochen trat Schwächegefühl in der rechten Hand, Unfähigkeit dieselbe zu strecken, und constante Beugestellung der Hand und Finger ein. Vor 6 Monaten bemerkte der Kranke eine Schwäche im linken Beine. Der Kranke ist mittelgross, schwächlich gebaut, mässig gut genährt. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt keine wesentliche Abnormität. Bei der Betrachtung des Kranken bemerkt man zunächst, dass die Musculatur der beiden oberen Extremitäten stark atrophisch, und dass diese Atrophie besonders an den Streckmuskeln der rechten Hand, den Muskeln des rechten Oberarmes und den beiden Deltoideis stark ausgeprägt ist. Hochgradig atrophirt sind ferner die Muskeln, welche das Schulterblatt fixiren; die M. serratus anticus major, Rhom

Digitized by Google

-boideus superior et inferior. Die nächste Folge davon ist eine Veränderung in der Stellung der Schulterblätter; sie stehen flügelartig vom Stamme ab, so dass sie an einzelnen Stellen fast $7^1/_2$ Ctm. vom Stamme entfernt sind. Dabei sind sie durch die Action der permanent contrahirten Antagonisten, der Fixirer des Schulterblattes, des M. trapezius und Levator scapulae nach aufwärts und aussen gezerrt. Hochgradige atrophische Zustände zeigen die Muskeln, welche an den Dornfortsätzen der Halswirbelsäule gelagert sind, denen die Streckung der Halswirbelsäule und des Kopfes obliegt. Die Halswirbelsäule ist in Folge davon kyphotisch gekrümmt, welche Krümmung durch eine lordotische der Brustwirbel veranlasst ist. Auch die Muskeln an der vorderen Thoraxpartie sind stark abgemagert, namentlich die Musculi pectorales, welche fast auf ein Drittel ihres Normalvolumens reducirt erscheinen. In Folge dessen und der kyphotischen Krümmung der Halswirbelsäule ist der obere Abschnitt des Thorax stark abgeflacht, eingesunken. Endlich sind die Muskeln an der Streckseite des linken Oberschenkels atrophisch, und dies fällt besonders auf am Extensor cruris quadriceps. Die Leistungen der erkrankten Muskelgruppen sind allenthalben vermindert, fast aufgehoben sind die der Strecker der rechten Hand und der Finger, der Deltoides und der Fixirer des Schulterblattes. Die elekto-musculäre Erregbarkeit ist an den atrophischen Muskeln nicht erheblich alterirt; einzelne derselben sind jedoch faradisch nicht erregbar, während galvanische Ströme nur bei grosser Intensität Zuckungen hervorzurufen im Stande sind. Die Sensibilität des Kranken und die Sinnesorgane zeigen keinerlei Störungen. Fibrilläre Zuckungen treten weder spontan, noch auf Reize bei dem Kranken auf. Auch die sogenannten diplegischen Contractionen, welche bei Application des Kupferpols in die Gegend des Ganglion cervicale primum, des Zinkpols an einer Stelle unterhalb des fünften Halswirbels in den erkrankten Muskelgruppen bei dieser Erkrankung aufzutreten pflegen, lassen sich bei diesem Kranken nicht hervorrufen. Hervorhebenswerth ist das Resultat der chemischen Analyse des Harnes, welche im Laboratorium des Prof. Ludwig ausgeführt wurde. Dieselbe bezog sich wesentlich auf die Bestimmung des Kreatiningehaltes der 24stündigen Harnmenge. Es fanden sich in der in 24 Stunden secernirten Harnmenge von 1800 C. Ctm. 0·081 Gramm Kreatinin. Da nun im Harne Gesunder bei gemischter Kost durchschnittlich 0·95 Grm. Kreatinin nach den Analysen von Neubauer und Hoffmann sich vorfinden, so ergibt sich daraus, dass in diesem Falle der Kreatiningehalt des Harnes fast auf ein Zwölftel des Normalen gesunken ist. Bedenkt man nun, dass das Kreatinin ein Endproduct des Muskelstoffwechsels darstellt, so ergibt sich hieraus, eine wie hochgradige Störung der vitalen Vorgänge im Muskelsystem in diesem Falle vorliegt.

Herr Prof. Rosenthal bemerkt hiezu, dass er in 3 Fällen von progressiver Muskelatrophie eine ähnlich hochgradige Verminderung des Kreatiningehaltes beobachtet habe, und dass somit dieser Fall der vierte sei, in welchem diese Thatsache constatirt wurde. Er erwähnt ferner, anknüpfend an die früher geschilderte beiderseitige Serratuslähmung, einen Fall von traumatischer Serratuslähmung, welchen er gemeinschaftlich mit Prof. Weinlechner zu beobachten Gelegenheit hatte. Er betraf einen jungen Mann, welcher nach einem Falle auf die Schulter, wobei der Nerv. thoracicus longus am Cucullarende verletzt wurde, eine exquisite Serratuslähmung auf der rechten Seite zeigte. Der Fall war interessant durch sein elektrisches Verhalten, welches vollständig dem einer traumatischen Nervenläsion entsprach. Die elektro-musculäre Irritabilität war vollständig erloschen sowohl für faradische als galvanische Ströme. Unter elektrischer Behandlung bildete sich die Lähmung allmälig zurück und nach einem Jahre war jede Difformität am Schultergürtel geschwunden.

Dr. Jurié: Ueber den Mechanismus der Harnverhaltung bei

Digitized by Google

alten Männern. J. wendet sich vor Allem gegen die von Busch vertretene Ansicht über das Zustandekommen der Harnverhaltung bei Prostatahypertrophie. Nach Busch soll die Prostata zumeist in die Blase hineinwuchern, wodurch Wülste und hinter denselben Räume entstehen, hinter welchen Flüssigkeit sich ansammelt, welche bei der Harnentleerung unter starkem Drucke steht und die Harnröhrenmündung comprimirt. J. constatirt zunächst, dass dieses Hineinwuchern der Prostata in die Blase sehr selten sei und dass Busch's Angabe über die Häufigkeit dieses Vorkommens von Lozin herstammt, welcher bemerkt, dass diese Art der Prostatahypertrophie in den Museen am häufigsten zu sehen sei. Dies sei in der That der Fall, aber eben nur deshalb, weil dieselben dort als Raritäten ihren Platz finden. J. zeigt weiter, dass schon bei den gewöhnlich vorkommenden Hypertrophien der Prostata Harnverhaltung zu Stande komme, indem durch dieselben die Harnröhrenmündung verengert wird und die Längsmusculatur der Blase auf die Prostata dadurch, dass die Längsbogen kürzer werden und daher unter ungünstigeren Momenten in Action treten, beeinträchtigt wird und endlich die Resistenz der Prostata vergrössert wird. J. wendet sich ferner gegen die Ansichten welche Busch und Kohlrausch in gleicher Weise über Harnverhaltungen aussprechen, welche durch jedes mechanische Hinderniss in der Harnröhre bei alten Leuten auftreten. Auch hier soll die bereits früher erwähnte Ausbuchtung der Harnblase nach rückwärts eine Compression der normalen Harnröhrenmündung ermöglichen. J. hat eine solche Ausbuchtung, an welcher das Trigonum theilgenommen hätte, nie gesehen bei einer grossen Anzahl von Versuchen, welche er mit Ueberfüllung der Blase vornahm. Er glaube zwar an die Existenz von Harnverhaltungen in Folge von übermässiger Ausdehnung der Blase, aber sie seien anders zu begründen. Wenn die Blase sehr stark ausgedehnt ist, ohne dass mechanische Hindernisse vorhanden sind, kann es leicht geschehen, dass die Musculatur der Blase durch ihre Ausdehnuug ihre Wirksamkeit verliert, während gleichzeitig ein Krampf der Schliessmuskeln eintritt. In solchen Fällen findet man in der That beim Einführen des Katheters einen Widerstand, der durch die Contraction des Sphincters gesetzt wird. J. bemerkt schliesslich, dass eine Reihe von Harnverhaltung bei älteren Leuten auf gestörter Innervation beruhe. Es ist bekannt, dass man ungestört sein muss, um die Entleerung der Blase vornehmen zu können, dass man beim Fahren und Reiten nicht zu uriniren im Stande ist. Solche Harnverhaltungen beruhen auf gestörter Innervation, haben aber nichts mit einer Lähmung der Blasenmuskeln zu thun. J. hat bei älteren Leuten diese Harnverhaltung häufig beobachtet, ohne dass irgend welches mechanisches Hinderniss am Lebenden oder an der Leiche constatirt werden konnte. Es waren dies meist stark constituirte Menschen mit schlaffen Bauchdecken, deren Defäcation nicht in Ordnung war. Man findet bei ihnen häufig Katarrhe der Harnwege und Veränderungen an der Mastdarmschleimhaut. Ob erstere primär oder secundär sind, lässt sich nicht immer bestimmen; sicher aber ist es, dass in manchen Fällen die Harnverhaltung beseitigt wird, wenn die Erkrankungen im Mastdarm geheilt waren. J. führt mehrere derartige Fälle seiner Beobachtung an. In allen diesen Fällen kommt es zu einer permanenten Reizung des Sphincters, welche habituell werden kann und die Ursache der Harnverhaltung darstellt. Schliesslich bemerkt J., dass, wenn er der Häufigkeit des Vorkommens nach die Harnverhaltungen bei alten Leuten gruppiren sollte, zuerst die durch einfache Hypertrophie der Prostata bedingte zu setzen sei, dann die durch Reizbarkeit des Sphincters bei Mastdarmaffectionen und Pyelitis hervorgerufene, endlich die durch Lappen, welche comprimirend wirken, entstandene.

Sitzung vom 1. Juni 1877. Prof. Weinlechner: Chirurgische Mittheilungen.

W. bespricht die Phlebektasien und ihre Folgezustände und erinnert

Digitized by Google

daran, dass bei diesem Leiden bisher aus drei Gründen Radicaloperationen nicht vorgenommen würden: 1. wegen der Befürchtung, es könnte von eitriger Phlebitis Lebensgefahr entstehen; 2. weil die Besserung nur eine transitorische war; 3. weil die Verödung der Venen nicht immer gelang. Gleichwohl sah sich W. veranlasst, die Operation der Varicositäten wieder in Angriff zu nehmen, und er war hiezu bestimmt durch den glücklichen Erfolg, welchen er bei einer 21jährigen Magd, die an einem bereits 8 Male recidivirten varicösen Geschwüre litt, durch Injectionen von Eisenperchlorid erzielte. Die Injectionen wurden gewöhnlich an der Vena saphena magna gemacht und zu jeder Injection wurden 3 Tropfen einer 2% Eisenperchloridlösung benützt. Der Einstich in die Vene wurde senkrecht auf dieselbe gemacht. Durchschnittlich wurden 4—5 Injectionen an einer Vene gemacht. Die unmittelbare Folge der Injection war Schmerz und Härte an der Injectionsstelle in Folge der Coagulation und der Contraction des ganzen Venenstammes. Blutung erfolgte niemals, wenn die Injection in die Vene gelungen war. Nach vorgenommener Injection wurde der comprimirende Heftpflasterstreifenverband entfernt, der Kranke noch zwei Stunden im Operationszimmer belassen und dann zu Bette gebracht. Die Schmerzen nach der Injection dauerten zwei bis drei Stunden. Manchmal erfolgte Coagulation nicht blos an der Injectionsstelle, sondern höher hinauf bis zur Einmündung der Saphena in die Cruralis. Hie und da entstand Verschorfung der Haut und dadurch kam es zur Entwicklung rundlicher Geschwüre; eitriger Durchbruch an der Injectionsstelle erfolgte dann, wenn zufällig etwas mehr Eisenchlorid in das subcutane Zellgewebe injicirt worden war. Fiebererscheinungen traten sehr selten auf. Im Ganzen wurden 16 Personen in dieser Weise operirt; 10 überstanden eine Sitzung, 4 zwei Sitzungen, eine 3 und eine andere 4 Sitzungen. Gestorben ist von den Operirten keiner. Die Operirten zeigten eine geringe Turgescenz des betreffenden Beines; die Fussschweisse verminderten sich, etwa vorhandene Geschwüre heilten rasch. Die Besserung des Zustandes war eine auch nach Monaten andauernde. W. hat ferner bei Varicocele die in neuerer Zeit von Schede angegebene Methode der Venenverödung geübt. Dieselbe besteht darin, dass er die ausgedehnten Venen in Distanzen von 2 Centim. mehrmals mit Catgutfäden umsticht und dieselben über einen kleinfingerdicken Kautschukschlauch, der während der Knotung abgeplattet wird, legt. Die Knotung geschieht von der Peripherie gegen das Centrum. Die Heilung erfolgt durch Aneinanderlagerung der Intima ohne Thrombusbildung. W. hat diese Methode bei Varicositäten am Unterschenkel geübt. Einer der Kranken starb an Pyämie, vier Kranke genasen. Er führte sie ferner in 2 Fällen von Varicocele aber mit ungünstigem Erfolge aus. Nach alle dem glaubt W., dass unter Umständen die Radicaloperation der ausgedehnten Venen versucht werden sollte; denn wenn auch keine Methode als ganz ungefährlich hingestellt werden kann, so ist die Anwendung einer in der Regel glücklich verlaufenden Operation bei einer Krankheit, deren Endausgänge gefährliche Folgen nach sich ziehen, gerechtfertigt. Was die Operationsmethode anlangt, so gäbe er nach seinen Erfahrungen der umständlicheren Injectionsmethode den Vorzug vor der Compressionsmethode Schede's; jedoch könnte es wohl möglich sein, dass die Erfolge nach letzterer Methode radicaler wären, wenn, wie dies englische Chirurgen übten, die Ligaturen 7—10 Tage liegen bleiben. (W. demonstrirt 3 der Operirten.)

Herr Hofrath v. Dumreicher bemerkt hiezu, dass die Resultate der in Rede stehenden Operationen in Bezug auf ihre Gefährlichkeit in keinem Verhältnisse zu den geringen Beschwerden solcher Kranken stehen, und dass dies der Grund sei, warum die erwähnten Operationen in der Chirurgie keinen festen Fuss fassen konnten. Bei den Injectionen von Eisenperchlorid komme es in manchen Fällen zu Embolien, bei der von Schede geübten Methode der Compression zu Pyämie, wenn die Vene beim Umstechen angestochen werde. Er halte deshalb für

Digitized by Google

besser, an der Bandagirung festzuhalten, besonders in den häufigen Fällen, wo die Beschwerden der Kranken relativ geringe sind.

Herr Prof. Weinlechner erwidert hierauf, dass die Operation gleichwohl eine Berechtigung habe, weil hie und da solche Kranke an den Folgen des Leidens auch ohne Operation zu Grunde gehen und die Resultate englischer Chirurgen (Erichson) die Gefährlichkeit derselben als eine durchaus nicht beträchtliche erscheinen lassen.

Herr Prof. Dittel erwähnt 2 Fälle, welche er zu beobachten Gelegenheit hatte, wo nach Injection geringer Mengen von Eisenchlorid in dem einen letaler Ausgang, in dem anderen Erblindung nach der Operation eintraten, Resultate, welche auf ihn nicht sehr ermuthigend einwirkten. Er erwähnt ferner, dass er bei Varicocelen und bei Varices die Elektropunctur in Anwendung gezogen, jedoch auch mit diesem gefahrlosen Verfahren nur augenblicklichen Erfolg erzielte.

Herr Prof. Weinlechner bemerkt hiezu, dass die 2 von Dittel erwähnten Fälle nicht hieher gehören, weil es sich hier um Operationen im Gesichte und am Schädel handelte, wo der Rückfluss des venösen Blutes nicht so leicht hintanzuhalten sei als an den Extremitäten. Anschliessend hieran bemerkt er, dass er auch Injectionen mit Lapislösung, und zwar $2^1/_2$ Tropfen einer Lapis zu gleichen Theilen mit Wasser enthaltenden Lösung in die Venen ausgeführt, dieselben aber nicht weiter anwende, weil sie Phlebitis und Vereiterungen an der Wundstelle hervorgerufen.

Hierauf hielt Herr Dr. Basevi seinen angekündigten Vortrag: „Ueber angeborenen Nabelbruch." Er bespricht einen Fall seiner Beobachtung. Derselbe betraf ein 3 Wochen altes Kind, welches bei seiner Geburt nach der Aussage der Hebamme keine Anomalie an der Uebergangsstelle der Nabelschnur in die Bauchdecken gezeigt hatte. Der Nabelschnurrest fiel am 10. Tage nach der Geburt ohne jedwede Reizerscheinung ab. 2 Tage darnach sah B. das Kind und fand an der Stelle des Nabels eine seichte, rothe Wunde mit einzelnen Falten im Grunde, in der Umgebung nichts Abnormes. 5 Tage nach dem Abfall der Nabelschnur wurde an Stelle des Nabels ein 4 Ctm. langer Kegel bemerkt. Während der ganzen Zeit hatte das Kind normale Stuhlentleerung und zeigte auch sonst nichts Abnormes. Am 28. September 1876 wurde der Kegel immer grösser und das Kind deshalb ins St. Josefs-Kinderspital gebracht. Bei der Aufnahme fand sich ein vollkommen entwickeltes Kind, aus dessen Nabel ein ovaler, an seinem Halse deutlich eingeschnürter Körper heraushing, welcher an beiden Polen rüsselartige Fortsätze zeigte, und zwar war der eine von vorn nach hinten, der andere in entgegengesetzter Richtung gekrümmt. Beide Fortsätze zeigten an ihrer Spitze eine Oeffnung und waren von Darmschleimhaut überzogen. Es handelte sich somit um einen Darmvorfall mit Inversion der Schleimhaut. B. begründet im Folgenden seine Ansicht, dass es sich in diesem Falle um eine Persistenz des Ductus omphalomeseraïcus handle, und dass letzterer vorgefallen sei und den früher erwähnten rothen Kegel darstelle; durch das Schreien des Kindes sei die ursprüngliche Oeffnung immer weiter und der weitere Vorfall von Darmpartien möglich geworden. Im weiteren Verlaufe trat Kothentleerung durch den linken Fortsatz ein und am 10. Tage Exitus letalis. Bei der Section fand sich Peritonitis im unteren Bauchraume und es zeigte sich, dass das linke Horn in das absteigende Ileum, das rechte ins Coecum überging.

Sitzung am 8. Juni 1877. Prof. Mauthner: „Ueber Iridektomie und Sklerotomie bei Glaukom."

In Betreff der unangenehmen Folgen, welche an die Iridektomie sich anschliessen können, bemerkt der Redner, dass auf zwei derselben noch nicht das gehörige Gewicht gelegt werde. Es kommen einerseits Fälle vor, in welchen unmittelbar, aber in kürzerer oder längerer Zeit nach Vollführung der Operation eine

Digitized by Google

Verschlechterung des Sehvermögens, jedoch in anderer als der gewöhnlich geschilderten Weise eintritt, andererseits Fälle, in welchen die Sehschärfe unmittelbar nach regelrecht vollführter Operation und regelrechter Wundheilung in hohem Grade verfallen sich zeigt. In diesen letzteren Fällen trägt die Ausschneidung der Iris eine wesentliche Schuld Redner führt mehrere Fälle dieser Art auf und erläutert noch in specieller Weise, wie in einem solchen Falle, trotzdem die Iridektomie wie gewöhnlich nach oben angelegt worden war, das operirte (astigmatische und myopische) Auge bei möglichst bester Accommodation die Gegenstände nunmehr doppelt und mit farbigen Säumen umgeben sah, ein Uebelstand, welchem durch nachträgliche Tätowirung der durchsichtigen Hornhaut vom Skleralrande her abgeholfen werden musste. Sehr wenig zufriedengestellt durch die Resultate, welche die Iridektomie besonders bei Glaukoma simplex liefert (bei welcher Erkrankung, da nicht Trübungen der Medien beseitigt werden, der unmittelbare Verfall des Sehvermögens nach der Operation am deutlichsten hervortritt) und überzeugt, dass der Ausschneidung der Iris eine wesentliche Schuld an der Verschlechterung des Sehvermögens beizumessen sei, versuchte M., ohne durch irgend eine Glaukomatheorie voreingenommen zu sein, auf rein empirischem Wege, ob nicht die von v. Stellwag zuerst geübte Sklerotomie dasselbe leiste, wie die Iridektomie. Er kam nicht blos in Uebereinstimmung mit manchen anderen Ophthalmologen zu dem Resultate, dass die Wirkung der Sklerotomie mit jener der Iridektomie identisch sei (ohne dass ihr selbstverständlich die durch das Kolobom gesetzten Nachtheile anhaften würden), sondern er gewann auch die Ueberzeugung, dass die Sklerotomie eine praktisch ausführbare Operation ist, in specie dass bei derselben die Einklemmung der Iris in die Wunde zumeist verhütet werden kann. Redner schildert dann genau das operative Verfahren bei Sklerotomie, welches nicht wesentlich von dem v. Wecker'schen abweicht. Zum Schlusse macht M. darauf aufmerksam, dass man in der Sklerotomie, wie es scheint, ein Mittel besitze, durch welches man auch den Hydrophthalmus congenitus ungescheut angreifen könne. In einem solchen Falle von Buphthalmus, in welchem das linke Auge schon seit langer, das rechte aber erst seit kurzer Zeit erblindet war, wurde durch die Sklerotomie die hohe Spannung der Bulbi beseitigt und im rechten Auge das Sehvermögen so weit wieder hergestellt, dass Finger ungefähr in 3 Meter Entfernung gezählt werden konnten.

Dr. Hans Adler: „Mittheilungen über das Vorkommen des Sehroth (Sehpurpur) im Menschenauge"

Der Vortragende zählt die von ihm zum Theil in Nr. 14 des medicinischen Centralblattes veröffentlichten Fälle auf. Es waren dies ein Fall von Verletzung des Auges mit Sichtbarwerden des Sehrothes und der Befund von vier enucleirten Bulbis, die er auf das Vorkommen von Sehroth untersuchte. Seither wurden die Netzhäute durch Herrn Prof. Wedl mikroskopisch untersucht. In dem ersten Falle waren die Netzhautelemente normal, in einem zweiten fand sich fettige Degeneration der Opticusfasern und der inneren Körnerschichte und in einem dritten fettige Degeneration der Netzhautelemente und stellenweise Pigmentdegeneration. Im ersten Falle war das Sehroth deutlich, im zweiten schwach, im dritten gar nicht ausgeprägt. Es ergibt sich, dass der mikroskopische Befund mit dem Resultate der Sehproben und der ophthalmoskopischen Untersuchung übereinstimme. Daher haben folgende Sätze ihre Giltigkeit: 1. Vorkommen und Intensität des Sehrothes steht in geradem Verhältnisse zur Existenz und dem Grade der Sehfunction überhaupt; daraus folgt: *a*) das Sehroth scheint so lange im Menschenauge sich zu erhalten, als die Netzhaut functionsfähig ist; *b*) das Sehroth ist nicht vorhanden bei vollkommener Lichtempfindungslosigkeit der Netzhaut.

Ferner sagte er: Meine Untersuchungen am Menschen-Leichenauge haben ergeben, dass das Sehroth den Tod lange überdaure. Diese Untersuchungen wurden

Digitized by Google

an den Augen von an Tuberculose Verstorbenen vorgenommen, ohne dass irgend welche Vorsichtsmassregeln zur Erhaltung des Sehrothes getroffen wurden. Trotzdem konnte ich in einem Falle noch 24 Stunden nach eingetretenem Tode schwaches Sehroth an der Retina constatiren, welches in charakteristischer Weise im Sonnenlichte schwand. Es kann daher seine Abwesenheit nicht als Zeichen des Eintrittes des Todes gedeutet werden. Der wissenschaftliche Streit über den ophthalmoskopischen Nachweis des Sehrothes ist noch nicht beendet. Es steht namentlich das versprochene, gewiss hoch interessante Gutachten unseres Meisters im Augenspiegel aus. Ich konnte bisher in dem intensiven Roth des Augenhintergrundes das zarte Sehroth nicht differenziren. Ich habe auch schon in früherer Zeit kurz vor und gleich nach dem Eintritte des Todes Augenspiegeluntersuchungen gemacht. Der Eintritt und die Art aller Veränderungen am Auge nach dem Tode ist nicht an eine bestimmte postmortale Zeit gebunden; eher schien es mir, als ob bestimmte Todesursachen charakteristische Veränderungen hervorriefen. Von einer Verwendung des Ophthalmoskopes zu forensischen Zwecken (Nachweis des Schwindens des Sehrothes im Momente des Todes) kann keine Rede sein. Das Sehroth ist eine sehr haltbare Substanz: es wird nicht alterirt durch Ammoniak, Aether, Chlornatrium, verschiedene Säuren u. s. w., geht nicht zu Grunde durch Eintrocknen auf Glas und Porzellan, mehrfaches Gefrieren und Aufthauen, selbst nicht durch künstliche Verdauung in Tripsinlösung, ja es widersteht wochenlangem Fäulnissprocesse. Es überdauert den Tod auch im Menschenauge, häufig selbst, wenn alle Vorsichtsmassregeln gegen Eintritt diffusen Tageslichtes verhindert werden. Wenn daher das Sehroth im Menschenauge bei Anwendung aller zu dessen Schonung nöthigen Cautelen nicht nachgewiesen werden kann, wie dies mehrfach in meinen Fällen sich ereignete, so muss diesem Mangel eine bedeutende organische Veränderung der tieferen Netzhautelemente zu Grunde liegen. Dieser auf Prüfung der Sehfunction, respective der Augenspiegeluntersuchung basirte Schluss wurde durch die mikroskopische Untersuchung vollständig bestätigt. Zum erstenmale wurden von mir in diesen Fällen Veränderungen und Mangel des Sehrothes im Menschenauge beschrieben und die Ursachen davon nachgewiesen. Aus diesem Grunde sind die hier mitgetheilten Beobachtungen von einiger Bedeutung für die Lehre des Sehrothes und hierdurch vielleicht für die zukünftige Erklärung des Sehens überhaupt.

Sitzung am 15. Juni 1877. Prof. Stricker: „Ueber die Zelle und den Zellenkern."

Nachdem S. die einschlägige Literatur ausführlich mitgetheilt und die Streitpunkte, welche sich zwischen den Autoren ergeben haben, erwähnt, geht er an die Schilderung seiner eigenen diesbezüglich angestellten Beobachtungen. Dieselben lieferten vor Allem in Bezug auf die Structur des Kernes der beweglichen Zellen das Resultat, dass derselbe nichts anderes darstelle, als einen abgekapselten Theil des beweglichen Zellenleibes und dass im Innern des Zellenkernes ein Netzwerk vorhanden sei, welches, so lange die Zelle lebt, fortwährend seine Gestalt verändert und dass die Knotenpunkte dieses Netzes nichts anderes darstellen, als die sogenannten Kernkörperchen. Weitere Untersuchungen an beweglichen lebenden Zellen zeigten S, dass im beweglichen Zellenleibe sich fortwährend Kerne bilden und schwinden können und dass beim Absterben der Zelle der Kern in der Situation verbleibt, in welcher er vom Tode ereilt wurde. S.' Untersuchungen erstreckten sich aber auch auf die Constitution des Zellenkernes fixer Zellen und sie lieferten zweifellos das sehr bemerkenswerthe Resultat, dass in dem zu functionellen Zwecken umgestalteten Zellenleibe der Kern einen abgekapselten, noch amöboiden Theil darstelle. Es liess sich dieser Nachweis nicht blos an thierischen Zellen führen, sondern es konnte am Zungenepithel des Menschen mit Sicherheit im Kerne ein Gerüst, welches deutliche Bewegungserscheinungen zeigte, zu jeder Zeit nachgewiesen werden. Man sieht somit, dass in dem jungen und sehr beweg-

Digitized by Google

lichen Zellenleibe der Zellenkern nichts anderes ist, als ein abgekapselter Theil dieses Zellenleibes und dass, so wie die Zelle zu functionellen Zwecken umgestaltet ist, im Innern der Zelle der Kern als ein noch beweglicher embryonaler Rest zurückbleibt. Dieser Erfahrung gegenüber gewinnt die Angabe der pathologischen Anatomen, dass, so oft irgend ein Gewebe sich zur Neubildung anschickt, zunächst nur der Kern sich verändert, zunächst nur der Kern sich theilt, ein ganz anderes Aussehen, als sie es bisher hatte, wo man den Kern stets für ein starres Gebilde hielt. Wir begreifen dies jetzt ganz gut, weil eben der Kern der fixen Zellen den lebendigsten Theil der ganzen Zelle darstellt, welchem eine deutliche Beweglichkeit zukommt und der daher auch vor allen anderen Theilen der Zelle Formveränderungen einzugehen die Fähigkeit besitzt. („Wr. medic. Wochenschr.")

394. Wissenschaftlicher Verein der k. k. Militärärzte in Wien. Sitzung vom 24. März 1877. Regimentsarzt Dr. Schipek, Beitrag zur Digital-Compression.

Nach einleitenden geschichtlichen Bemerkungen über den künstlichen Verschluss grösserer Gefässe wird die Behandlung von Aneurysmen durch Compression näher erörtert. Diese wird entweder instrumentell ausgeführt oder, da bei diesem Verfahren auch andere Theile in die Compression einbezogen werden, besser mit den Fingern ausgeübt. Neben diesem Verfahren tauchte auch eine indirecte Compression durch Flexion auf, die jedoch nur in bestimmten Fällen angewendet werden kann. Die Digitalcompression ist die am wenigsten eingreifende und gefährliche, und ist auch dort leicht ausführbar, wo durch andere Methoden grosse Gefahren erwachsen würden; sie kann ferner auch von weniger intelligenten Gehilfen ausgeführt werden und lässt sich mit anderen Methoden, als Flexion, Theden'scher Einwicklung u. s. w. leicht verbinden

Vanzeti benützte die Digitalcompression in der Absicht, das Zuströmen des arteriellen Blutes zu vermindern und in weiterer Folge davon den Rückfluss des Blutes zu erleichtern, auch als antiphlogistisches Mittel, und seine diesbezüglichen Erfolge bei entzündlichen Affectionen des Zellgewebes, der Gefässe und der Gelenke waren äusserst befriedigend. Auch ein dem Redner selbst vorgekommener Fall dürfte der Digitalcompression bei Behandlung offener Gefässe im Gegensatz zu anderen tieferen Eingriffen das Wort sprechen In dem bezüglichen Falle handelte es sich um eine Amputation des rechten Oberschenkels nach einer Schussfractur. Die Heilung der Wunde nahm einen normalen Verlauf, so dass nach 5 Wochen dieselbe bis auf eine kreuzergrosse Stelle, deren Lage den Stümpfen der Gefässe entsprach, verheilt war. Zeitweise bildete sich an dieser Stelle eine zarte Narbe, die jedoch stets wieder zerfiel, Knochensplitter oder Hohlgänge waren nicht vorhanden. Ende des dritten Monates begann der Stumpf unter Auftreten von Allgemeinerscheinungen zu schwellen und endlich trat ein Schüttelfrost auf. Der Stumpf schwoll bis zum doppelten Umfang, und am 5. Tage nach dem Schüttelfrost trat Lymphangioitis und Schwellung der Inguinaldrüsen auf. Das Geschwür vergrösserte sich auf's Dreifache, ein nochmaliger Schüttelfrost trat auf, der von Sopor, Delirien und Icterus gefolgt war. Später wölbte sich die Geschwürfläche hervor, zeigte eine sulzige Consistenz und man merkte, dass die Arterienpulsation sich derselben mittheilte. Es wurde demnach die Diagnose auf Endarteritis der Femoralis mit eitrigem Zerfall des Thrombus, Fortpflanzung der Entzündung auf die Collateralen und Venen, Lymphgefässentzündung und Pyämie gestellt. Am 8. Tage nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen wurde der Pfropf ausgestossen und allsogleich kam ein Strahl arteriellen Blutes nach. Nun wurde, während die Femoralis comprimirt wurde, das Tourniquet angelegt. Da von der Wunde aus an eine Gefässunterbindung nicht zu denken war, und die Unterbindung höher oben wegen der zu setzenden neuen Verwundung gescheut

Digitized by Google

wurde, so entschloss man sich zur Digitalcompression als dem schonendsten Eingriff und als erstes Versuchsmittel. Dieselbe wurde durch 12 Männer ausgeübt, welche von 10 zu 10 Minuten wechselten; nach 2 Stunden wurde die Compression unterbrochen und die Blutung stand. Nun wurde durch 3 Tage die Compression in der Art ausgeführt, dass durch $^3/_4$ Stunden vollkommen und in der folgenden Viertelstunde nur theilweise comprimirt wurde; während dieser Zeit nahm die Schwellung ab und es traten gesunde Granulationen auf. Nachdem hierauf die Compression durch 48 Stunden unterbrochen worden war, trat am 3. Tage abermals eine arterielle Blutung auf, die aber nach dreitägiger, neuerlicher Compression zum Stillstand gebracht wurde. Nun entwickelten sich üppige Granulationen, das Allgemeinbefinden besserte sich immer mehr, und die Geschwulst nahm stetig ab. Nach 4 Wochen war vollkommene Vernarbung eingetreten. Dieser günstige Erfolg wäre nach Ansicht des Redners Veranlassung genug, um bei offenen Gefässen als erstes Versuchsmittel die Compression anzuwenden; der Fall gibt auch ein Zeugniss für die Ansicht, dass die Schliessung des Gefässrohres durch das Coagulum erfolge.

Zum Schlusse berichtete Regimentsarzt Schipek über einige ihm vorgekommene Fälle von Impfung, die durch ihren Verlauf das Interesse in Anspruch nehmen. Bei vier derselben stellte sich Pyämie und Tod ein; bei einem Phlegmone mit nachfolgender Gangrän; bei dreien eitriger Zerfall des Zellgewebes. Die Ursache dieser Verhältnisse sucht Redner in einer besonderen Vulnerabilität des Individuums, da mit derselben Lymphe und derselben Lancette auch Andere geimpft wurden und nicht erkrankten; obwohl das gleichzeitige Auftreten bei mehreren Personen auf eine gleichzeitige Infection schliessen lässt. („Der Militärarzt.")

Sitzung vom 7. April 1877.

Prof. Chvostek: Ueber einen auf seiner Abtheilung vorgekommenen Fall von Gastritis phlegmonosa. Derselbe gewinnt dadurch ein besonderes Interesse, dass die Wahrscheinlichkeits-Diagnose während des Lebens gestellt wurde. Derselbe betrifft einen 19 Jahre alten Infanteristen, der früher immer gesund gewesen und keine Schädlichkeit anzugeben weiss, welche das Leiden hervorgerufen haben konnte. Am 28. März bekam er nach dem Genusse einer Wurst Aufstossen, Druck im Magen und Kopfschmerz, am 29. Schüttelfrost mit darauffolgender starker Hitze, aber kein Schweiss, am 30. abermals ein 5 Stunden anhaltender Schüttelfrost, darauf stechende Schmerzen im Epigastrium und linken Hypochondrium. Die bei der Aufnahme vorgenommene Untersuchung ergab unter Anderem: Unterleib wenig gespannt, leicht meteoristisch, etwas gegen Druck empfindlich. Der Magen ist stark ausgedehnt und verdeckt zum Theile die Leberdämpfung, Milzdämpfung an der 8. und 9. Rippe nachweisbar. Seit 30. März kein Stuhlgang. In der Nacht auf den 1. April Erbrechen gallig gefärbter schleimiger Flüssigkeit, und Nasenbluten. Appetitlosigkeit, gesteigerter Durst, Temperatur 39·4. Puls 112. Das Erbrechen wiederholte sich am 2. April noch 3mal, die Schmerzen in der epigastrischen Gegend hielten an und verbreiteten sich von da handbreit rechts und links von der Mittellinie bis zur Symphyse. Der Magen-Tympanismus reicht links bis zur 4 Rippe nach aufwärts, Leberdämpfung noch immer scheinbar verkleinert. Kein Exsudat, kein Nasenbluten. Die Temperatur war 37·5. Am 4. April trat starker Collapsus, Schluchzen und Brechneigung ein; in der Bauchhöhle war etwas Exsudat nachweisbar. Der Verfall nahm rasch zu und am selben Tage erfolgte der Tod. Die am 2. April aufgestellte Diagnose wurde folgendermassen begründet: Typhus war auszuschliessen, weil am 2. Tage die Temperatur schon auf 37·5 gesunken war, und eine Peritonitis sich nie so früh zu demselben gesellt. Peritonitis rheumatischen, traumatischen oder metastatischen Ursprungs konnte ebenfalls ausgeschlossen werden, da alle Anhaltspunkte hiezu fehlten; ebenso eine primäre Erkrankung der Leber und Milz. Man hatte es also einzig mit einem acuten schweren

Digitized by Google

Magenleiden zu thun, und wurde bei Beachtung aller Symptome per exclusionem auf die oberwähnte Diagnose geführt. Hervorzuheben ist, dass der Process auf den unteren Theil des Oesophagus übergriff, ohne dass von da aus Erscheinungen beobachtet werden konnten. Bei der Section fand man die Magenwand an der Cardia 1—1½ Cent. dick; die Schwellung betraf vorzugsweise das submucöse Bindegewebe, welches theils mit Serum, theils mit Eiter infiltrirt war; ebenso war das submucöse Bindegebe im untersten Theile des Oesophagus von Eiter und gelben weichen Gerinnungen durchsetzt.

Oberarzt Dr. Gschirhakl: Die Behandlung des chronischen Harnröhrentrippers durch Bepinselung der erkrankten Schleimhaut unter Anwendung des Endoskopes. Da die Anwendung eines geraden Endoskopes für die tieferen Partien einer besonderen Uebung bedarf, so verwendet er zu diesem Zwecke ein nach seiner Angabe verfertigtes gekrümmtes Instrument, welches aus einem neusilbernen Katheter besteht, ferner aus einer englischen Bougie als Conductor, und aus dem Pinsel. Der vorne abgestutzte Katheter besitzt am Pavillon eine in das Lumen eindrehbare Schraube und ein Ansatzrohr. Die Bougie geht nach hinten in eine Olive über, welche das Lumen ganz ausfüllt und trägt vorne eine Handhabe aus Neusilber. Der Pinsel ist an einem Drahte befestigt, welcher bis zur Mitte spiralig gewunden ist. Bei der Anwendung des Instrumentes wird die Bougie in den Katheter eingeführt, und durch die Schraube befestigt, um ein Zurückstauen derselben zu verhindern. Nachdem hierauf das so armirte Instrument bis zur kranken Stelle eingeführt ist, entfernt man die Bougie durch Lockerung der Schraube. Nun wird der mit der Arzneilösung benetzte Pinsel eingeführt; ist man mit der Spitze desselben am vorderen Ende des Katheters angelangt, so wird der letztere über den Pinsel zurückgezogen, damit nicht die Harnröhrenschleimhaut durch das beim Vorschieben desselben verursachte Anspreizen der Haare unnöthig gereizt wird. Das Arzneimittel wird durch das oberwähnte Ansatzrohr eingeträufelt, und der mit demselben getränkte Pinsel wird dann, während der Katheter unverrückt gehalten wird, um seine Achse gedreht. Die Kranken vertragen diesen Eingriff sehr gut, und unter den vielen Fällen, in denen der Redner die Pinselung vornahm, kam nur Ein Fall von Blasenkatarrh vor. Die Bepinselungen werden in Zeiträumen von 2 Tagen, am besten in einem warmen Wasserbade vorgenommen.

395. Pirogow'scher chir.-med. Verein. Dr. W. Higginbotham: Ueber mikroskopische und chemische Analysen und ihre Beziehung zur Sanitätsfrage. — Vortrag, gehalten am 6. Juni 1877. Ref. aus der St. Petersburger medic. Wochenschrift Nr. 9, 1877.

Der Vortragende hebt eingangs die verdienstliche Thätigkeit der Londoner analytischen Sanitäts-Commission hervor, schildert mit Rücksicht auf die Erfahrungen, welche die Londoner Commission zu machen hatte, die Unannehmlichkeiten, welchen eine solche Gesellschaft von allen Seiten begegnen müsste, und bezeichnet die Gründung einer solchen als brennende Frage, indem allerwärts das Fälschen der Lebensmittel, der verschiedenen Consumtionsartikel und sogar der wichtigsten Droguen so sehr eingebürgert sei, dass eine reine unverfälschte Waare geradezu zu den Ausnahmen zähle. Die Wahrheit seines Ausspruches stützt er mit Untersuchungs-Ergebnissen einiger Substanzen, so des Thees, Kaffees, der Milch, des Zuckerwerks und des Opiums. Das Opium war in 21 Fällen 19 Mal mit den verschiedensten Substanzen gefälscht; so fand er Strassenkoth, Sand, Kohle, Asche, Kuhdünger, Mohnstengeln, Mehl, Amylum, Gummi, inspissirte Säfte von Cactus delinii, Nicotiana tabacum, Datura Strammonium, Cannabis indica und Tamarindenschalen. Schlemmer.

Digitized by Google

396. Aus dem internationalen medicinischen Congresse in Philadelphia. Im September 1876. (Section für Dermat. und Syphilis.)

Bezüglich der geographischen Verbreitung einzelner Hautkrankheiten nahm der Congress folgende Punkte an: Prurigo, Pellagra, Lichen exsudat. ruber kommen in den Vereinigten Staaten nicht vor. Gewisse Krankheiten, welche mit Armuth und Unreinlichkeit zusammenhängen (besonders die parasitären) sind in den Vereinigten Staaten weniger häufig. Lepra, Lupus und Syphilis cutanea werden in den Vereinigten Staaten seltener gefunden, als in Europa und sind im Allgemeinen weniger intensiv. Dagegen prävaliren in Amerika Seborrhoe, Acne, Herpes, Urticaria, Pruritus — also Krankheiten des Hautdrüsensystems und einzelne mit dem Nervensysteme in Connex stehende Dermopath. Bezüglich Eczems und Psoriasis kam man auf Antrag Bulkley's zu folgenden Schlüssen: Beide Krankheiten verdanken theils örtlichen, theils constitutionellen Ursachen ihre Entstehung. Eczem wäre als katarrhalischer Zustand der Haut aufzufassen und hat es auch viel Wahrscheinlichkeit, dass einige katarrhalische Affectionen der Schleimhäute als Eczem oder Psoriasis dieser letzteren anzusehen sind. Auch mit Gicht und Rheumatismus scheint ein bis jetzt allerdings unaufgeklärter Nexus zu bestehen. Während für die Entstehung des Eczems die örtlichen Irritamenta prävaliren, sind sie für Psoriasis von untergeordneter Bedeutung. Die örtliche Behandlung ist aus den oben angeführten Gründen unzulänglich, um die bestehende Erkrankung zu beseitigen, Recidiven hintanzuhalten. Ihre Wirksamkeit ist jedoch noch immer kein Beweis, dass man es gegebenen Falles mit einem rein örtlichen Leiden zu thun habe. Dagegen ist eine Allgemeinbehandlung allein oder neben der örtlichen oft von vorübergehendem oder dauerndem Erfolg. (Ref. d. gi. ital. d. mal ven. e d. pel. Februarheft 1877.) Emanuel Kohn.

397. Wiener medicinisches Doctoren-Collegium. Dr. L. Fürth: Ueber syphilitische Knochenerkrankung.

Nach einer Einleitung, in welcher ein Resumé über die neuen Forschungen über Knochensyphilis der hereditär syphilitischen Kinder enthalten ist, gibt Dr. Fürth an, dass er unter 400 hereditär syphilitischen Kindern nur 5 Mal Erkrankungen (soll wohl heissen gröbere. Ref.) der Knochen beobachtet hat. Einmal bedeutende Anschwellung des einen Ellbogengelenkes, mit Periostitis der Gelenksknochen; einmal eine Fractur des linken Oberschenkels im obern Drittel, die Knochen waren weich und fragil; ein drittes Mal Ablösung der obern Epiphyse des Oberarmes, Caries und Nekrose des Oberarmkopfes, Erweichung des ganzen Oberarmbeines; bei einem vierten Kinde mit Paralyse der rechten obern und beiden untern Extremitäten Fractur beider Vorderarmknochen der rechten Seite knapp über dem Handgelenke, die Knochen waren weich und fragil. Bei einem fünften Kinde, bei welchem während des Lebens bei passiven Bewegungen im linken Schultergelenke man Crepitation zuweilen wahrnahm, zuweilen aber nicht, fand man bei der Obduction nach Eröffnung des Schultergelenkes den abgelösten Epiphysenknorpel des Oberarmes in einer Jauche schwimmend, den Knochen erweicht, die Knochenenden rauh, cariös. Die Crepitation war immer undeutlich geworden, wenn sich grössere Mengen von Jauche zwischen den rauhen Knochenflächen gelagert hatten. Eisenschitz.

Dr. Maximilian Herz: Ueber acute Periostitis und Osteitis im ersten Kindesalter.

Die acute Perostitis und Osteitis kommt vorwiegend bei jugendlichen Individuen und in ihrer exquisiten Form fast ausschliesslich an den langen oder Röhrenknochen vor. Aber auch die ersten Lebenswochen stellen ein Contigent zu dieser Erkrankung, wie man sich in Findelhäusern überzeugen kann. Oft liegt Lues hereditaria mit vor (1 Fall), oft befällt die Erkrankung scheinbar ganz gesunde

Digitized by Google

Kinder, ohne dass sich ein Trauma oder eine Dyskrasie nachweisen liess. Gegen eine heftige Erkältung, welche Herz im zweiten Falle vermuthete, sprach eine einige Wochen später auftretende Recidive und gegen ein Trauma (dritter Fall) eine an einem ganz anderen Orte aufgetretene Recidive. Es blieb somit nur eine dyskrasische oder infectiöse Veranlassung anzunehmen übrig, über deren Natur nichts Sicheres eruirt werden konnte. An den Röhrenknochen sind es wieder gewisse Partien, die besonders häufig erkranken. Am häufigsten erkranken der Oberschenkel (Billroth, Vogt), hernach die Tibia, seltener der Humerus und die Vorderarmknochen. Der innige Zusammenhang dieser Erkrankung ist mit dem physiologischen Wachsthum der Knochen festgestellt. An den beiden Enden des Mittelstückes, d. i. an den Stellen, wo sie mit der Epiphyse an einander stossen, findet an und für sich schon ein reger Stoffwechsel statt, der mehr oder weniger lebhaft fortbesteht, bis die 3 Stücke zu einem verschmolzen sind. Bei dieser örtlichen Prädisposition genügen ganz geringfügige Gelegenheitsursachen, um noch innerhalb des normalen Breitengrades den Stoffwechsel zu einem pathologischen Processe umzugestalten. Bedenkt man ferners, dass der kindliche Organismus auf ein und dieselbe Schädlichkeit in ganz anderer Weise reagirt, als wie der des Erwachsenen, so kann es leicht geschehen, dass, abgesehen von traumatischen Einwirkungen, direct oder indirect wirkende Schädlichkeiten, ohne zur Kenntniss der Umgebung zu gelangen, bedeutende Veränderungen nach sich ziehen. Der Verlauf der art. nutriens spielt dabei ebenfalls eine Rolle (Englisch), so wie nach Billroth nicht blos die gefässarme, weisse, sehnige Haut, welche den Knochen umgibt, der Sitz und Ausgangspunkt der Entzündung ist, sondern auf dieser Partie liegt eine Schichte lockeren zellen- und gefässreichen Bindegewebes, welches ebenfalls noch zum Perioste zu rechnen ist. Dieses entzündet sich und der Knochen wird in Mitleidenschaft gezogen. Dies gilt insbesondere von der unteren Femurepiphyse. In dem dreieckigen Raume zwischen oberhalb der Kniekehle, der seitlich von der Bicepssehne nach aussen und vom Semimembranosus und Semitendinosus nach innen begrenzt wird, findet sich im mittleren Theile ein derartiges Bindegewebe. — Die Symptome einer solchen acuten Periostitis sind im Kurzen folgende: Der Beginn des Leidens ist in vielen Fällen gar nicht möglich festzustellen. Das Leiden beginnt mit heftigem Fieber und lebhaften Schmerzäusserungen. Diesen Symptomen kann die verschiedenste Erklärung zu Theil werden, bis sich endlich die Periostitis nachweisen lässt. (Namentlich kann ein beginnender Typhus oder Miliartuberculose vorgetäuscht werden. Ref.) Weiters gesellt sich Functionsunfähigkeit des betreffenden Gliedes und Anschwellung desselben hiezu, anfangs ohne Hauträthung oder aber mit Durchschimmern von stark ausgedehnten Venen. Wenn das Knochenmark primär afficirt ist und das Periost im Beginne wenig an der Erkrankung participirt, so sind die Erscheinungen fast dieselben, nur stellt sich die Schwellung verhältnissmässig erst spät ein. In diesem Stadium kann das Leiden insbesondere bei entsprechender Behandlung stille stehen und eine vollständige Rückbildung stattfinden; selbst dann, wenn durch die weiter fortgeschrittene Entzündung bereits Ausschwitzungen und Neubildungen erfolgt sind, kann noch eine Rückbildung stattfinden. In den meisten Fällen ist jedoch von einem Stillstande keine Rede, das Fieber dauert an, die Schwellung und Schmerzhaftigkeit steigern sich und es kommt zur Eiterung. Je nach Umständen zeigt sich früher oder später Fluctation, bei der ungeheuern Spannung, Schmerzhaftigkeit und Functionsstörung ist eine baldige Entleerung des Eiters nothwendig, bei Fehlen einer Dyskrasie und unter sonstigen günstigen Verhältnissen, insbesondere, wenn der Knochen nicht in grosser Ausdehnung entblösst wurde, so kann (Billroth) bei ganz jungen Kindern eine vollständige Heilung eintreten. Sonst kommt es zu Necrose des Knochens oder die Kinder gehen an Pyohämie zu Grunde. Die scrophulösen Periostitiden gehören nicht

Digitized by Google

hieher. Die Therapie bestand in den drei beobachteten Fällen in Kälte, Jodbepinselungen, frühzeitiger Incision, Lister'schem Verband, innerlich antifibrile und roborirende Mittel. v. Hüttenbrenner.

Sitzung vom 21. Juni 1877.

Herr Prim. Dr. Englisch stellt einen Kranken mit Rippenbruch vor. Da die Mehrzahl der bei diesen Brüchen angewandten Verbände und Lagerungen die Beweglichkeit des Patienten einerseits beschränken und andererseits die Reizung der Umgebung der Bruchstelle nicht hintanhalten, so versuchte der Vortragende, von dem Principe ausgehend, die grösstmöglichste Beschränkung der Bewegungen der Fragmente zu erzielen, und dem Patienten andererseits eine freiere Beweglichkeit zu geben, einen Gypsverband, der in Form eines Cuirass um den Thorax angelegt wird. Dabei muss man eine geringe Polsterung anwenden, um einen lästigen Druck des Verbandes zu vermeiden, doch sei dieselbe nicht zu stark, da sonst die Respirationsbewegungen grössere Excursionen machen können, ferner lege man den Verband in Exspirationsstellung an. Die Patienten gewöhnen sich sehr bald an die Bauchrespiration. Diese Art der Behandlung hat sich in 7 Fällen, wo sie versucht wurde, vollständig bewährt, so zwar, dass die Kranken nach dem Erstarren des Verbandes sich alsbald im Bette herumbewegen konnten, und am andern Tage ausser Bett waren. In keinem der Fälle traten unangenehme Zufälle ein, oder war eine Hemmung der Athmung bemerkbar, im Gegentheile, früher vorhandener Katarrh der Lungen schwand alsbald, so dass die Kranken mit dem Verbande sehr zufrieden waren, was sich insbesonders bei solchen zeigte, welche früher schon auf andere Weise durch mehrere Tage behandelt worden waren. Beim Anlegen des Gypsverbandes verfährt man genau wie bei dem gewöhnlichen circulären Verbande mit eingegypsten Calicotbinden, nur muss man einige Touren in 8-Form über die Schultern anlegen, wodurch das Abgleiten des Verbandes vollständig hintangehalten wird. Dieser Verband eignet sich nicht blos für Rippenbrüche, sondern auch für alle Contusionen des Thorax, bei denen die Athmungsbewegungen grosse Schmerzhaftigkeit hervorrufen. An demselben Kranken demonstrirt der Vortragende zugleich die Wirkung der von Schwalbe angegebenen Injectionen von Alkohol behufs der Radicalheilung der Hernien. Dieselbe besteht in Injectionen von absolutem Alkohol oder 70percentg. in die Umgebung des Bruches und der Bruchpforte, welche Einspritzung alle 4—6 Tage wiederholt werden muss. Angeregt durch die von Schwalbe mit diesen Einspritzungen erzielten Erfolge versucht der Vortragende dieselben bei allen Individuen, welche mit freien Leistenhernien behaftet auf seiner Abtheilung vorkommen, und hat bereits über 40 Einspritzungen gemacht. Das Brennen dauert nach derselben nur kurze Zeit an, und selbst die darüber ausgeübte Compression durch angelegte Binden wird sehr gut vertragen. Die Patienten können dabei herumgehen, und sind in gar nichts in ihrem Beruf gehemmt. Am 2. Tage nach der Einspritzung tritt eine Schwellung und Härte auf, welche bedingt ist durch eine leichte Infiltration des Zellgewebes an der Einspritzungsstelle. Doch geht auch dieses sehr bald vorüber. Ueble Zufälle sah der Vortr. nicht eintreten. Bei dem vorgestellten Patienten waren die Einspritzungen auch 5mal vorgenommen worden, und es hatte sich in der Umgebung der Bruchpforte eine harte Geschwulst gebildet, die gegen Druck fast gar nicht empfindlich war. Die Eingeweide traten weit weniger hervor, so dass sich eine entschiedene Besserung nachweisen lässt. Es lag nicht in der Absicht des Vortragenden, heute schon über diesen Gegenstand zu sprechen, da die Versuche noch zu wenig zahlreich sind, und benützt der Vortragende nur die Anwesenheit des Kranken, um die Aufmerksamkeit auch auf dieses Verfahren zu lenken, um so mehr, als dasselbe ungefährlich ist, und wenn es sich bewähren sollte, von grossem Vortheile für dergleichen Leidende wäre. Um aber eine Controle seiner Versuche zu haben,

Digitized by Google

wird der Vortragende alle in dieser Weise Behandelten nach Thunlichkeit vorstellen, möge der Erfolg positiv oder negativ sein.

398. Physikalisch-medicinische Gesellschaft in Würzburg. Sitzung am 18. December 1875. Herr Gerst: „Ueber die pathologischen Veränderungen der Niere im chronischen Morb. Bright."

1. Herr Gerst spricht über die pathologischen Veränderungen der Nieren im chronischen Morbus Brigthii. Der Vortragende beginnt seine Mittheilung über die mikroskopischen Untersuchungen, welche er an den granularatrophischen Nieren eines an chronischem Morbus Brightii Verstorbenen vorgenommen mit einem Rückblick auf die Literatur und weist auf die differirenden Ansichten hin, welche über die pathologischen Vorgänge in den brightisch erkrankten Nieren herrschen. Nach kurzer Beschreibung des makroskopischen Befundes wurden die mikroskopischen Veränderungen geschildert und als Resultat der Untersuchungen folgende Schlüsse gewonnen: 1) Für den vorliegenden Fall von Brightischer Nierenentartung ist als primäre Veränderung die parenchymatöse Nephritis zu betrachten, und zwar trat dieselbe nicht in allen gewundenen Harncanälchen, sondern nur in zahlreichen grösseren und kleineren Gruppen derselben, somit herdweise, disseminirt auf. 2) In diesen disseminirten Entzündungsherden entstand wegen der Anschwellung der Epithelien und der dadurch bedingten Compression der Capillaren Circulationsstörung und veranlasste letztere nicht nur fettige Entartung der ihrer Nahrung beraubten Harnröhrchenepithelien, sondern auch Steigerung des Blutdruckes in der Umgebung der erwähnten Herde. 3) Diese zwischen den Parenchymentzündungszonen eintretende collaterale Hyperämie führte nun zu circumscripter, secundärer interstitieller Nephritis und bewirkte die hiebei zu Stande kommende zellige Infiltration der Interstitien, Compression der Harncanälchen und Blutgefässe. 4) Die Compression der Arteriae afferentes ist das ursächliche Moment zur Fettentartung und consecutiver Atrophie der Glomeruli. Sind die Glomeruli auf diese Weise funktionsunfähig geworden, so collabiren die ihnen angehörigen Harncanälchen bis zum Eintritt in das Sammelrohr; letzteres collabirt erst dann, wenn sämmtliche, mit ihm in Zusammenhang stehende, gewundene Harnröhrchen und Malpighische Knäuel durch Atrophie zu Grunde gegangen sind. 5) Das neugebildete Bindegewebe erscheint bei der Verödung dieser Structurtheile nicht betheiligt. 6) Das Nebeneinanderbestehen der mehr oder minder vorgeschrittenen regressiven Processe an den Gefässknäueln und Epithelien der Harncanälchen ist zurückzuführen auf einen höheren oder geringeren Grad der Circulations- resp. Ernährungsstörung, welche diese Theile erleiden. 7) In den sub Ziffer 1 und 2 erwähnten Parenchymentzündungsherden stellt sich interstitielle Entzündung erst dann ein, wenn der regressive Process an den Harnröhrchenepithelien schon weit gediehen, d. i. wenn nach vollendeter Fettmetamorphose Zerfall und Schwund derselben eingetreten ist. Die Anfangs in circumscripter Weise aufgetretene interstitielle Nephritis gewinnt somit späterhin einen diffusen Charakter. 8) Neubildung der durch fettigen Zerfall zu Verlust gegangenen Epithelien wird in denjenigen Harncanälchen nicht beobachtet, deren Interstitien durch Zellenproliferation oder durch neugebildetes Bindegewebe verdickt sind.

Sitzung am 8. Januar 1876. Herr v. Rinecker: „Ueber subcutane Injectionen bei Geisteskranken."

Der Vortragende macht vor Allem auf die noch immer in der Zunahme begriffene Verbreitung der subcutanen Methode aufmerksam, die bereits sämmtliche bedeutsamen Arzneistoffe in ihren Bereich gezogen. Anfangs auf die Erreichung symptomatischer Zwecke, wie Stillung von Schmerzen und Krämpfen, beschränkt, hat man in neuester Zeit auch methodische Curen auf diesem Wege zur Ausführung zu bringen gesucht. v. Rinecker erwähnt in dieser Beziehung zunächst die Morphiumtherapie in der Psychiatrie und die Anwendung des Merkurs in der Form von subcutanen

Digitized by Google

Injectionen in der Syphilis. Die von Alters her bei Psychosen mit Vorliebe geübte Anwendung des Opiums wird jetzt fast ausschliesslich durch hypodermatische Morphiuminjection zu Stande gebracht und bildet diese in der That in vielen grösseren Anstalten fast die ausschliessliche Therapie. So vor Allem in Illenau, wo einer der dortigen Aerzte — Dr. Schüle — in seinem Buche über Disphrenia neuralgica die anaesthetische Wirkung des Morphium für die Hauptsache erklärt, indem es den häufig zwischen Neuralgie und Wahnidee bestehenden Circulus vitiosus zu durchbrechen vermöge. Wolff dagegen, der das Verhalten des vasomotorischen Nervensystems die Hauptrolle bei Psychosen spielen lässt und in der Tardification des Pulses durch geschwächte Thätigkeit der Arterienmusculatur die wesentlichste Erscheinung derselben erblickt, baut auf der Morphiuminjection eine allgemeine Curmethode der Geistesstörungen auf, die auf der Beziehung des Morphium zum vasomotorischen Nervensystem begründet sei. Während er die grossen, gefässlähmenden Dosen empfiehlt, findet Reimer gerade in den kleinen Dosen, die den arteriellen Tonus erhöhen, das die psychischen Erregungszustände beruhigende Moment. Wie sehr nun aber die Meinungen auseinander zu gehen scheinen, über die grosse Bedeutung des Morphiums in der Therapie der Psychosen besteht nicht der geringste Zweifel und hat gerade die subcutane Anwendungsweise wegen der dadurch erleichterten Application bei Geisteskranken dem Morphium noch grösseren Eingang auf diesem Gebiete verschafft. Die gleichfalls schon geraume Zeit geübte subcutane Anwendung von Quecksilberpräparaten in der Syphilis hatte in neuerer Zeit von verschiedener Seite her Einsprache gefunden, ja wurde von vielen Syphilidologen sogar ganz verworfen wegen der zahlreichen damit verbundenen Missstände, wie grosse Schmerzhaftigkeit, schnelle Entstehung hochgradiger Stomatitis und anderer toxischen Symptome, Bildung von Abscessen u. s. w. Es scheinen diese schlimmen Zufälle bedingt zu sein durch die Methode der Application und namentlich durch das bisher fast ausschliesslich in Anwendung gezogene Präparat — den Sublimat, der wegen seiner Löslichkeit viel schneller und intensiver Gewebsläsion hervorruft. Herr v. Rinecker hat in neuester Zeit auf der syphilitischen Abtheilung im Juliusspital nach dem Vorgange namentlich von italienischen Aerzten statt des Sublimats den Calomel in Gebrauch gezogen und hiemit bereits ziemlich günstige Resultate erzielt. Der Schmerz ist hiebei fast = 0, die Stomatitis bleibt in der Mehrzahl der Fälle ganz aus und wenn sie erscheint, bleibt sie auf mässigem Grade beschränkt, Abscesse kommen zeitweise zum Vorschein, doch selten, seit die Injection mit grösserer Vorsicht, namentlich möglichst reingehaltenen Instrumenten ausgeführt wird. Die Vortheile der Methode beruhen hauptsächlich in der Sicherheit der Dosirung, in der kürzeren Dauer der ganzen Cur, endlich in ihrer leichteren und bequemeren Ausführung gegenüber einer Schmiercur.

Prof. Rindfleisch: Einige Bemerkungen zum Morbus Brightii. Der Vortragende sucht die Symptome der Oligurie und Anurie bei acutem Morbus Brigthii aus der Absperrung des entzündlichen Exsudates in den interstitiellen Bindegewebsräumen der Corticalasubstanz zu erklären, welche durch die sehnige Kapsel der Niere einerseits und die unnachgiebige Marksubstanz andererseits bewirkt wird und eine Compression der Harncanälchen in der Rinde zur Folge hat. Die consecutive Stase in den Blutgefässen der Marksubstanz bei zunehmendem Binnendruck der Rinde lässt sich durch Wasserinjection in die Art. renalis künstlich erzeugen. Die Mechanik dieses Vorganges bleibt einstweilen problematisch.

Sitzung vom 26. December 1876. Herr Ziegler: „Ueber Bindegewebsneubildung."

Ziegler verfolgte die Schicksale der bei Entzündung aus den Gefässen auswandernden farblosen Blutkörperchen innerhalb der ersten 60 Tage. In Fällen, wo es nicht zu Abscess-, sondern zu Granulationsbildung kommt, findet er, dass ein Theil der ausgewanderten Zellen sich vergrössert, stärker kernig wird und helle, grosse

Digitized by Google

Kerne mit Kernkörperchen erhält. Die anderen Zellen wandern entweder weiter oder werden von den wachsenden Zellen aufgezehrt. Tritt zu richtiger Zeit eine genügende Gefässbildung ein, so bilden sich aus diesen grossen Zellen Bindegewebe, indem die Zellen aus ihrem Protoplasma Fasern entwickeln. Ziegler nennt sie daher Fibroblasten. Tritt die Gefässbildung zu spät oder mangelhaft auf und wird die Bindegewebsneubildung verzögert, so vergrössern sich die Bildungszellen noch mehr und bilden sich Riesenzellen. Auch aus diesen kann sich später noch Bindegewebe entwickeln. Eine solche stärkere Entwicklung der Bildungszelle kann man durch Herstellung gewisser Bedingungen in Granulationen willkürlich hervorrufen. Im menschlichen Organismus treten sie besonders reichlich, stark entwickelt bei Entzündungen scrofulöser Individuen auf und hier besonders in den als Tuberkel bezeichneten Erkrankungsherden. Ziegler hält daher den Tuberkel für eine abnorme Granulationsbildung.

Sitzung vom 29. April 1876. Herr Rindfleisch: Mittheilung über die Entstehung runder Magengeschwüre. R. konnte in einem Falle sehen, dass gleichzeitig in Folge starken Schnürens nicht blos sogenannte Schnürleber, sondern auch ein Ulcus rot. ventricul. zu Stande kam.

Sitzung vom 29. Juli 1876. Herr Gerhardt: „Ueber Kehlkopfpolypen."

Gerhardt berichtet über eine kürzlich in der medic. Klinik vorgekommene Exstirpation eines sog. Kehlkopfpolypen und zwar eines Adenomes, das klüppelförmig am Stimmbandrande ansass. Der Kranke, ein Arbeiter aus Meiningen, konnte nach 8 Tagen davon geheilt entlassen werden. Die Operation wurde durch Bepinselung des Rachens und Larynx-Einganges mit Cholchicinlösung sehr erleichtert. Die Geschwulst wurde mit einer Drahtschlinge abgequetscht. Der Kranke war mit beginnender Lungenphthise behaftet. Es ist dies der fünfte Fall dieser Combination von Lungenphthise und Kehlkopfgeschwulst, der dem Vortragenden vorkam. Diese noch wenig erwähnte ätiologische Beziehung dürfte nicht zu unterschätzen sein. Die früher von dem Vortragenden operirten Fälle betrafen grösstentheils Leute, deren Beruf angestrengtes Reden oder Singen mit sich bringt, so Lehrer, Geistliche, Sänger. Anderntheils waren es Leute, deren Beschäftigung viele Erkältungen mit sich bringt, so ein Viehhändler, oder die dem Trunke ergeben waren, u. A. ein durch Trunksucht verarmter Rittergutsbesitzer. Chronischer Kehlkopfskatarrh bildet offenbar die Grundlage, auf der sich diese Geschwülste entwickeln. Als Gelegenheitsursachen wurden mehrfach Erkältungen bei erhitztem Körper während oder kurz nach starken Anstrengungen des Stimmorgans angeführt. So wurde eine Dame während eines Sängerfestes, bei dem sie mitwirkte, von einem Platzregen durchnässt, ein Schullehrer musste zu Neujahr auf der Strasse mit seinen Schülern bei Schneegestöber singen, ein dritter ging aus der Kneipe seines Liederkranzes in Hemdärmeln in den Garten. In diesen Fällen trat ein acuter Katarrh zunächst ein. Hochgradige Heiserkeit verminderte sich nach einigen Tagen wieder sehr, verschwand aber nicht ganz, verschlimmerte sich dann langsam, bis nach Jahr und Tag die Geschwulst nachgewiesen wurde. Nur bei dem Schullehrer konnte bald nach der Erkältung ein Extravasat am Stimmbandrande nachgewiesen werden, später eine kleine solide Geschwulst an derselben Stelle. Eine sehr eigenthümliche Erscheinung bilden die Papillome der Neugeborenen und des früheren Kindesalters. Sie hängen vielleicht hie und da mit Blennorrhoe an den Genitalien der Mutter zusammen. Während man Anfangs mit Vorliebe von dem Messer Gebrauch machte, sind jetzt die meisten Operateure mit der Quetschschlinge befreundeter und verwenden dieselbe in allen dazu sich eignenden Fällen. Doch ist von Einigen mittelst der Guillotine eine besondere Beschleunigung der Technik erreicht worden. Einzelne gebrauchten auch mit Vorliebe die galvanocaustische Schlinge. Wie vielseitig anwendbar die einfache Drahtschlinge ist, zeigt ein früherer hiesiger Fall, indem eine lappenförmig dem

Digitized by Google

Stimmbandrand ansitzende Geschwulst mit dem Messer in der Mitte der Basis durchstochen, mit einer durch das Loch gesteckten Sonde nach einer Seite losgerissen und endlich mit der Schlinge vollends abgequetscht wurde.

Sitzung vom 4. November 1876. Herr Rindfleisch: „Ueber den Sitz der Aortenaneurysmen."

In Bezug auf den Sitz der Aortenaneurysmen bemerkt Rindfleisch Folgendes: Bekanntlich ist die äussere Circumferenz des Aortenbogens am häufigsten der Sitz der Aortenaneurysmen. Man bringt diese Thatsache mit der vorwiegenden mechanischen Drehung in Beziehung, welche der Aortenbogen gerade in dieser „Brandungslinie" des Blutstromes erfährt. Der Vortragende zeigt nun, dass die Ursprungslinie der Aortenaneurysmen thatsächlich nicht genau der grössten Circumferenz des Aortenbogens entspricht, sondern eine Spirale darstellt, welche an der Aortenwurzel vorn beginnt, dann um die äussere und schliesslich um die hintere Seite des Aortenstammes rückt, so dass z. B. die Wölbungen der Aneurysma jenseits des Isthmus gegen die Wirbelsäule vordringen. Der Vortragende bringt diese Erscheinung mit der spiraligen Drehung des Blutstromes in Verbindung, welche jede unter hohem Druck stehende Strömung in elastischen Röhren erfährt.

399. **Medicinisch-ätiologischer Verein zu Berlin.** Sitzung vom 3. Mai 1877. Pissin: Ueber den jetzigen Standpunkt der animalen Vaccination.

Seit der Zeit, wo P. seinen Vortrag über „die Impfung direct von der Kuh" hielt (1869), hat sich nicht blos der Standpunkt der Impffrage überhaupt wesentlich geändert, sondern es hat auch namentlich in Bezug auf die animale Vaccination selbst eine geläuterte Anschauung Platz gegriffen. — Es ist trotz der grössten Vorsicht oft nicht immer möglich, sich gegen die Beschuldigung einer fahrlässigen Impfung genügend zu schützen, wenn man sich der humanisirten Lymphe bedient. So glatt und ohne üble Folgen für den Impfarzt, wie früher, würde seit dem neuen deutschen Reichsimpfgesetze ein Fall, wie er sich hier im Februar 1870 in der Langen Str. 43 ereignete, heutzutage wohl nicht mehr abgehen. — Es erkrankten nämlich damals 18 bis dahin vollkommen gesunde Kinder in dem Alter von einigen Monaten bis zu 2 Jahren und darüber, alle gleichmässig unter exquisit scrophulösen Symptomen, nachdem sie aus 2 Röhrchen mit Schutzpockenlymphe, deren Quelle der Arzt selbst nicht kannte, an einem und demselben Tage geimpft worden waren. Das Siechthum dauerte längere Zeit. P. hat damals die hauptsächlich leidenden Kinder, bei denen bereits die Constitution ergriffen war, der Berliner medicinischen Gesellschaft vorgestellt und auch in seiner von der kaiserlich russischen Regierung gekrönten Preis-Schrift die Fälle ausführlich besprochen. Es wäre in Zukunft das Augenmerk mit grösserer Sorgfalt, als bis jetzt, darauf zu richten, ob nicht in vielen Fällen die Entstehung der Scrophulose auf die Impfung zurückgeführt werden kann. — Bis heute ist in Bezug hierauf eine gewisse skeptische Ungläubigkeit Regel. Seit den 12 Jahren, wo P. in Berlin die echte Vaccination ausübt, ist aber auch nicht ein einziger Fall zu seiner Kenntniss gebracht worden, in welchem die Kuhpockenimpfung direct als Ursache der Entstehung von Scrophulose beschuldigt wurde. Und doch beläuft sich die Anzahl der von P. in dieser Zeit geimpften und von ihm und den Hausärzten genau controlirten Personen auf viele Tausende. Was die Syphilis betrifft, so wird man schon dann bedenklich sein, wenn sich bei einem Kinde auch nur der Verdacht auf Syphilis geltend macht. Leider ist aber gerade bei der hereditären Syphilis theils der Zeitpunkt, wo sie sich bemerklich macht, nicht feststehend genug, um einen sicheren Anhalt zu geben, theils sind die Symptome oft so wenig zu Tage liegend und können selbst der scrupulösesten Untersuchung sich entziehen, dass man stets Gefahr läuft, auch da, wo man ganz sicher

Digitized by Google

zu sein glaubt. — P. will nur an zwei Beispiele aus der neuesten Zeit erinnern. Der eine Fall betrifft einen viel beschäftigten und als sehr gewissenhaft bekannten Arzt in Cöln, welcher von einem gesund und blühend aussehendem Kind abimpfte, nachdem ihm eine sorgfältige Untersuchung dasselbe als ganz besonders hierzu geeignet erscheinen liess. Trotzdem übertrug er die Syphilis auf eine ganze Anzahl von Personen, Kinder und Erwachsene, und verschonte selbst seine eigene Familie nicht. — Das zweite Beispiel bezieht sich auf den früheren Ober-Impfarzt Dr. S. in Hamburg, welcher das Unglück hatte, ein Kind durch Impfung syphilitisch zu machen, und in Folge einer gerichtlichen Anzeige des Vaters zu Gefängniss verurtheilt wurde. Die Haft wurde zwar später vom Senate im Gnadenwege zu einer Geldstrafe gemildert; aber Dr. S. verlor nicht blos seine amtliche Stellung, sondern musste ausserdem auch noch dem Vater des erkrankten Kindes, welcher ihn civiliter verklagt hatte, eine bedeutende Entschädigungssumme zahlen. Dieser Fall trug wesentlich mit dazu bei, dass in Hamburg die animale Vaccination eine officielle Stellung von Seiten der Stadt erhalten hat. Was die animale Vaccine betrifft, so wirkt dieselbe, wenn sie unmittelbar von der Färse auf den Menschen übertragen wird, günstiger, als wenn sie vorher in einem Haaröhrchen befindlich war, während dieses Moment bei der humanisirten Vaccine in analoger Weise weniger in die Wagschale fällt. Es war P. ferner schon gleich zu Anfang seiner Versuche aufgefallen, weshalb die Lymphe, wenn sie am 8. Tage, d h. 7mal 24 Stunden nach der Impfung des Thieres verwandt wird, meist negative Resultate gibt, während doch die Abimpfung vom Kinde zu dieser Zeit Regel ist, und fast immer befriedigt. — In beiden Fällen nun finden wir, dass die echte Kuhpockenlymphe von der humanisirten so beträchtlich differirt, dass man sich dem Glauben nicht verschliessen kann, es müsse für dieses Verhalten in der materiellen Zusammensetzung beider ein Unterschied gefunden werden können, welcher die verschiedene Wirkungsweise erklärt. Wenn man die Schutzpocken-Lymphe direct aus der Pocke auf den Objectträger bringt und frisch in noch flüssiger Form untersucht, so findet man darin als solide und zugleich als constante und wesentliche Bestandtheile organische Gebilde, welche in einer anscheinend homogenen Flüssigkeit, gleichmässig suspendirt, umherschwimmen. Diese Organismen lassen sich, was ihre Gestalt betrifft, unterscheiden in solche, welche als Zellen mit ein oder mehreren Kernen versehen erscheinen, ferner als freie Kerne, deren Grösse mit dem Zellenkern so ziemlich übereinstimmt, und endlich als feine Granula, Moleküle von bedeutend geringeren Dimensionen, als die Kerne. Sobald nun die Lymphe durch Verdunstung einzutrocknen beginnt, bilden sich höchst zierliche, und wenn auch in den verschiedenen Präparaten nicht immer ganz gleiche, doch meist einander sehr ähnliche Figuren, die wie Crystalle anschiessen und trotz ihrer grossen Mannigfaltigkeit unter sich doch stets entweder eine weinrebenartige Verschlingung und dentritische Verzweigung oder eine mosaikartige Structur von verschiedener Form zeigen. Ob diese Figuren durch wirkliche Crystallisationen hervorgerufen werden (Keber, Dubois, Gluge), oder ob vielleicht blos Gerinnungserscheinungen zu Grunde liegen mögen, oder ob Beides zugleich der Fall ist, will P. dahin gestellt sein lassen, neigt sich aber der letztgenannten Auffassung zu. Will man nämlich die Lymphe untersuchen, die sich in einem Haarröhrchen befindet, so bildet sich auch bei der ganz frischen nach dem Herausblasen meist sofort, namentlich wenn das Röhrchen sehr feine Enden hatte, jedenfalls aber nach einiger Zeit, ein kleines Gerinnsel, selbst wenn die Lymphe vorher völlig blutfrei, klar und ungetrübt war. Nimmt man dieses feine Coagulum heraus und untersucht die zurückbleibende Flüssigkeit mikroskopisch, so findet man, dass die grosse Mehrzahl der Zellen verschwunden ist, und nur noch freie Kerne und feine Granula, aber auch in geringerer Zahl wie vorher, übrig geblieben sind. Trocknet jetzt die Lymphe ein, so ist die Figurenbildung nicht mehr so charakteristisch und

Digitized by Google

energisch, oft kommt sie gar nicht oder nur mangelhaft zu Stande, und es entsteht stets ein wesentlich blasseres und jedenfalls verändertes Bild, wie vorher, und als wenn man die Lymphe intact gelassen hätte. Untersucht man dagegen das kleine Gerinnsel selbst, so sieht man, wie die Zellen massenhaft zusammengehäuft demselben anhängen, oder zwischen den Fasern eingeschlossen sind, und man kann oft noch sehr deutlich den Zellenkern von den freien Kernen unterscheiden, namentlich nach Zusatz von etwas Wasser, wodurch die sehr zarte Zellenmembran aufquillt und deutlicher wird. Alle diese Erscheinungen finden sich auch bei der animalen Vaccine, nur in noch erhöhterem Masse, weil wegen grösserer Plasticität dieser Lymphe sich dem entsprechend auch ein grösseres Gerinnsel bildet und dadurch mehr feste Bestandtheile gebunden werden. Theils nun aus dem angeführten Befunde, theils auch, weil man unter dem Mikroskope verfolgen kann, wie sich die Zellen und die Kerne an dem Zustandekommen der Figuren betheiligen, glaubt P., dass dieselben ihre Entstehung mehr dem Fibringehalt und den soliden Elementen, als den Salzen verdanken. Denn wären es letztere allein, welche sie hervorriefen, so müssten die Bilder sich durchaus gleich bleiben, da man ausser dem Gerinnsel mit seinen Anhängseln von dem Flüssigkeitsquantum thatsächlich nichts entfernt, und kaum eine wesentliche Verminderung desselben bemerkt. — Auch noch ein anderer Umstand spricht gegen Keber, nämlich das ausserordentlich späte Zustandekommen der Figuren in ihrer vollen Klarheit und Ausbildung. Wenn das Vaccinequantum, welches man beobachten will, äusserlich bereits vollkommen trocken erscheint, so ist dies doch in Wirklichkeit noch lange nicht der Fall. Man bemerkt vielmehr unter dem Mikroskope noch fortwährend moleculäre Veränderungen, und es dauert bei gewöhnlicher Zimmertemperatur stets mehrere Stunden, ehe die Figuren sich in ihrer ganzen Reinheit entwickelt haben. Dass aber auch die Salze, die ja in der Vaccinalflüssigkeit reichlich vorhanden sind, als Constituens der Figuren mitwirken mögen, daran ist wohl im Grunde kaum zu zweifeln. Es lässt sich nun experimentell nachweisen, dass nur den festen Bestandtheilen der Lymphe das wirklich wirksame Princip der Infectionskraft innewohnt.

Keber filtrirte grössere Portionen frischer Lymphe, indem er dieselbe auf schwedisches Filtrirpapier träufelte und sodann die an der unteren Seite des letzteren hervordringende Flüssigkeit zum Impfen benutzte. Er fand constant, dass die Wirkung erheblich geschwächt war, und überhaupt nur dann noch eintrat, wenn eine Anzahl freier Kerne und feiner Granula mit durchgegangen war, wovon er sich mikroskopisch überzeugte. Die Zellen waren aber stets verschwunden. Dieselbe Wirkung nun, wie durch das Filtrirpapier wird auch durch das Fibrincoagulum hervorgebracht, welches eine gewisse Attractionskraft auf den zelligen Inhalt der Vaccinalflüssigkeit auszuüben vermag. Nun ist es eine specifische Eigenthümlichkeit der animalen Vaccine — und hiedurch unterscheidet sie sich sehr wesentlich und schon makroskopisch erkennbar von der humanisirten —, dass ihre Plasticität nicht nur an und für sich bedeutend grösser ist, sondern namentlich bei den Färsen nach der Vaccination viel schneller zunimmt, als bei den Kindern, so zwar, dass sie bereits am 8. Tage, noch auf der Pocke selbst befindlich, erstarrt und eine feste Decke bekommt, die erst entfernt werden muss, bevor man das Haarröhrchen füllen kann. Aus dieser leichteren und früheren Gerinnbarkeit werden uns aber drei Thatsachen erklärlich, welche bei der animalen Vaccination bis jetzt räthselhaft erschienen und dem Fortgange derselben wesentlich Abbruch thaten. Die erste Thatsache ist die, weshalb die Impfungen vom Kalbe an dem Tage, an welchem man die Lymphe vom Kinde stets mit Erfolg benutzt, immer negative Resultate zu geben pflegen. Es hat nämlich zu dieser Zeit schon in der Pocke selbst durch die übergrosse Vermehrung des Fibrins eine Coagulation der zelligen Elemente, gewissermassen eine Filtration „in situ“ statt-

Digitized by Google

gefunden. Die zweite Thatsache ist die, weshalb bei der animalen Vaccine die Impfung aus Röhrchen häufiger im Stiche lässt, als bei der humanisirten Lymphe. Es bildet sich nämlich nach dem Herausblasen ein viel grösseres Gerinnsel, und die Folge hiervon ist, dass eine grössere Anzahl fester Bestandtheile gebunden wird, und für die Wirkung verloren geht. Die dritte Thatsache endlich ist, weshalb die Impfungen am 4. und 5. Tage bei direct übertragener Lymphe, d h. also, ohne sich eines Röhrchens zu bedienen, fast ausnahmslos haften. Die Erklärung hierfür liegt darin, dass die zelligen Elemente zu dieser Zeit in der Vaccinalflüssigkeit noch gleichmässig suspendirt sind, und bei jedem einzelnen Stich oder Schnitt ungehindert zur Geltung kommen können. Wie ist es nun möglich, den angeführten Uebelständen in wirksamer und geeigneter Weise entgegenzutreten? — Zwei Wege gibt es, welche in dieser Beziehung zum Ziele führen können. — Der eine besteht in der Art und Weise, wie die Impfung ausgeführt wird; der andere in der Präparation des zur Impfung benutzten Materials. — Was zunächst den Impf-Modus betrifft, so ist es klar, dass sich die Chancen einer guten Wirkung erhöhen, je mehr man den wirksamen Bestandtheilen in der Lymphe Infectionsstellen zur Haftung verschafft. Dies geschieht aber nicht durch Stiche, durch welche nur die flüssigen, unwirksamen Theile unter die Haut gebracht werden können, während die festen, d. h. wirksamen Bestandtheile gewissermassen vor der Thüre bleiben, sondern viel besser durch seichte Incisionen mit breiter Oeffnung, von denen man für jede Stelle, wo eine Pocke sich bilden soll, 2—3 dicht neben einander macht, etwa 1—2 Mm. lang, und dieselben durch eben so viel senkrecht darauf geführte von gleicher Grösse kreuzt: #. Bringt man auf eine solche Stelle nur einen kleinen Theil eines Gerinnsels, so ist man sicher, eine gute Pocke sich entwickeln zu sehen. In Amerika impft man häufig in der Weise, dass man die Epidermis an einer Hautstelle oberflächlich abschabt und die Lymphe dort aufträgt; eine Methode, welche Warlomont in Brüssel für die flüssige, animale Vaccine mit Erfolg adoptirt hat. Er nennt sie „acciner par hâchures“ oder „par abrasion“. Der Modus durch Kreuzschnitte ist viel weniger schmerzhaft für die Impflinge. Was nun ferner die Präparation der Impflymphe anbetrifft, so ist einleuchtend, dass, wenn man dieselbe direct von der Pocke zu der Zeit, wo die zelligen Elemente noch gleichmässig suspendirt sind, d. h. also am 4. bis 6. Tage, mittelst einer nicht porösen Masse, z. B. eines Spatels von Elfenbein, abnimmt bei der Verdunstung die festen Bestandtheile daran haften bleiben müssen. Benutzt man nun einen solchen Impfspatel in der Weise, dass man wieder kleine Kreuzschnitte macht, und löst dann die Lymphe durch die hervordringende blutig-seröse Flüssigkeit unmittelbar am Spatel auf und streicht sie durch Verreibung in die kleinen Wunden ein, so ist man einer guten Wirkung in fast absoluter Weise sicher und bleiben die Erfolge durchaus nicht hinter den durch humanisirte Lymphe zu erzielenden zurück. Die Erfolge, seit der Anwendung der beiden erwähnten Impf-Methoden in den letzten drei Jahren, sowohl in Berlin, als auch bei den Collegen ausserhalb sind, verglichen mit denen früherer Jahre, über alle Erwartungen günstig. Die vordem häufig gehörte Klage, dass die animale Vaccine sich nicht hielte, scheint dadurch vollständig beseitigt worden zu sein. P. selbst hat in diesem Jahre, aus Noth gezwungen, die Erfahrung machen können, dass sich die aufbewahrten Röhrchen mit Kuh-Lymphe sehr lange wirksam erhalten. Er wurde nämlich durch die Rinderpest verhindert, in den Monaten Februar und März Kälber geliefert zu erhalten, und musste sich auf den Verbrauch der vorher abgenommenen Lymphe beschränken. Trotzdem waren die Erfolge selbst bei den Revaccinationen mit acht Wochen aufbewahrter Lymphe fast in demselben Masse positiv, als wenn die Impfungen direct von der Färse gemacht worden wären. Allerdings gebrauchte P. die Vorsicht, den vollen Inhalt eines Röhrchens auf nur sechs Kreuzschnitte zu

Digitized by Google

verwenden, weil bei der animalen Vaccine mehr Lymphe zu einem guten Erfolge nöthig ist, als bei der humanisirten

400. Berliner med.-psycholog. Gesellschaft. Sitzung vom 4. December 1876. Küssner: Fall von zweifelhafter Zurechnungsfähigkeit bei einem wegen Verbrechens gegen die Sittlichkeit angeklagten Frauenzimmer.

Die unverehelichte 30 Jahre alte M. hatte einen 5jährigen Knaben an sich herangerufen, ihm unter Versprechungen von Geld und Bonbons am Penis gespielt, dann sich über ihn gehockt und Coitusbewegungen gemacht. Vom Gefängnissarzte als verdächtig erklärt, wurde sie auf die Irrenabtheilung gebracht und war dort als geisteskrank erkannt worden, worauf die Untersuchung niedergeschlagen wurde. Sie verrieth zwar weder in ihrem Benehmen noch bei oberflächlicher Unterhaltung etwas, was für Geistesstörung gesprochen hätte, bei näherem Eingehen aber wurde diese Vermuthung zur Gewissheit. Was zunächst ihr früheres Leben betrifft, so gab sie (und die gerichtlichen Acten bestätigten ihre Angaben im Grossen und Ganzen) etwa Folgendes an. Sie war die Tochter eines Subalternbeamten, hatte eine für ihren Stand gute Erziehung genossen, war als erwachsenes Mädchen in mehreren frommen Stiftungen gewesen, hatte sich zur Lehrerin ausgebildet und sich stets die Zufriedenheit ihrer Principale erworben. Von einem jungen Mann „verführt", begann sie ein etwas abenteuerliches Leben, wechselte fortwährend ihre Stellung, zog ohne ausreichenden Grund von einer Stadt zur andern, war 1874 mehrere Monate in einem Bordell zu Cöln, verliess dann dasselbe, weil das Leben dort sie „anekelte", zog hierauf in verschiedene Häuser als Dienstmädchen, gab nach kurzer Zeit auch diese Stellungen auf und trieb endlich (hier in Berlin) Winkelkurerei. Musste schon dieses vagabondirende Leben der bis dahin unbescholtenen Person den Verdacht auf Geistesstörung nahe legen, so wurde dieser auf's nachdrücklichste bestätigt durch die Motivirung, welche die Kranke dafür angab. Abgesehen davon, dass sie in Bezug auf verschiedene Punkte öfters widersprechende Angabe machte, kam sie in der Hauptsache stets darauf hinaus, dass sie alle ihre Handlungen (etwa seit dem Zeitpunkt, wo sie „verführt" worden war) nicht mit Ueberlegung, sondern unter fremdem Einfluss, dem Einfluss jenes oben erwähnten jungen Mannes vollbracht habe, dass sie so habe handeln müssen. Ueber die Art dieses Einflusses nähere Angaben zu machen, konnte sie durchaus nicht bewogen werden; sie schlug dies stets rundweg ab mit der Bemerkung, dass sie dadurch andere Personen, worunter ihre Eltern, compromittiren würde. Nur so viel konnte aus ihr herausgebracht werden, dass sie den Einfluss nicht für einen directen, persönlichen hielt; sie hatte jenen Mann seitdem niemals wiedergesehen, wollte aber bemerkt haben (woran, war nicht zu ermitteln), dass er verschiedene Personen, mit denen sie später in Berührung kam, dirigirt habe. Einmal äusserte sie, dass sie glaube, derselbe gehöre einer Freimaurer-Gesellschaft an; jedoch auch hierüber verweigerte sie jede nähere Auskunft; sie könne und dürfe nichts weiter sagen, es seien ihr Schranken gesetzt. — Was endlich das Motiv zu ihrer That anlangt, so liess sie sich darüber nicht gern aus, gab jedoch an, sie glaubte, dass ihr der kleine Junge in den Weg geschickt worden sei und dass auch dies der erwähnte junge Mann veranlasst habe. Diese Erklärung stimmt, so sonderbar sie auch an sich erscheinen mag, doch sehr gut mit den übrigen Aussagen der Kranken überein; und wie schon der Gefängnissarzt in seinem vorläufigen Gutachten hervorhob, konnte man an rohe Sinnlichkeit als Motiv des Verbrechens nicht wohl deshalb denken, weil es der M. nicht hätte schwer werden können, ihren Geschlechtstrieb auf naturgemässere Weise zu befriedigen. Es handelt sich also bei der M. um einen Zustand von Verrücktheit, und die verbrecherische That ist als das Product von Verfolgungsideen zu betrachten — ein zu derartigen

Digitized by Google

Verbrechen nicht häufiger Anlass. Während der weiteren Beobachtung der Kranken in der Charité traten übrigens auch unzweifelhafte Symptome geistiger Schwäche deutlich hervor; als besonders charakteristisch ist z. B. ein Heiratsantrag in optima forma anzuführen, den die M. (schriftlich) an einen der Aerzte richtete.

Als zweiten Gegenstand der Tagesordnung trägt Herr Curschmann einen Fall vor von Tumor des Kleinhirns, dessen Symptome im Leben eine richtige Diagnose möglich machten Die Patientin war bei der Aufnahme in's Krankenhaus beiderseits absolut amaurotisch bei negativem Augenspiegelbefund, die bulbi waren unbeweglich grade nach vorne gerichtet, die Pupillen beiderseits gleichmässig dilatirt und unbeweglich. Die Kranke konnte weder gehen noch stehen; bei jedem Versuch hierzu klagte sie über heftiges Schwindelgefühl, eine Empfindung, welche im Liegen fehlte. Bei Geh-Versuchen machte sie ganz ungeordnete Bewegungen mit den unteren Extremitäten, setzte zu früh oder zu spät die Füsse auf, kam bald mit der Ferse, bald mit der Spitze zuerst auf den Boden, schleuderte ganz regellos die Unterschenkel, und der ganze Körper schwankte so heftig, dass stets zwei Personen zur Stütze nothwendig waren. Prüfte man in ruhiger Lage die Motilität, so zeigte sich, dass die absolute Muskelkraft der unteren Extremitäten beiderseits vollkommen erhalten war. Es war nur die Fähigkeit der Coordination der Muskelbewegungen verloren gegangen. Die Sensibilität war am ganzen Körper intact. Gehör, Geruch und Geschmack waren intact, und auch im Gebiet der übrigen Hirnnerven, namentlich des facialis und trigeminus, bestand keine Veränderung. Eine auffallende Erscheinung waren Schlingbeschwerden ohne nachweisbare Veränderung der Fauces oder des Oesophagus. Die Kranke konnte schliesslich fast nur flüssige Nahrung geniessen. Stuhlgang und Urinentleerung waren gestört; sie erfolgten zwar nicht ganz unfreiwillig, konnten aber nicht so lange und vollständig zurückgehalten werden als bei gesunden. Das Sensorium war bis wenige Tage vor dem Tode frei. Die Section, deren Details hier übergangen werden, ergab einen Tumor, der die ganze vordere Partie des Vermis cerebelli einnahm, dem Boden des 4. Ventrikels auflag und von da bis unter das hintere Vierhügelpaar sich erstreckte, die dadurch bis zu Papierdünne comprimirt waren. Die Geschwulst war auch histologisch interessant, insofern es sich um ein Papillom handelte.

Herr Bernhard. Er erinnert an einen in jüngster Zeit von Kohts veröffentlichten Krankheitsfall, der in seinem Verlaufe dem des Vortragenden sehr ähnlich war. Auffälliger Weise wurde dieser Fall von dem Autor als Stütze für die Behauptung benützt, dass das hintere Vierhügelpaar der Coordination der Bewegung diene, während doch die Autopsie neben der Vierhügelerkrankung auch im vorderen Theile des Wurms eine Läsion erkennen liess, und ohne dass auseinandergesetzt werde, ob der Tumor nicht von hinten nach vorn gewachsen sei.

Herr Curschmann: Diese Bemerkung habe er auch machen wollen. Die Krankengeschichte von Kohts habe etwas gezwungenes, er vernachlässige die nussgrosse Cyste im Wurme des Kleinhirns. Derselbe habe auch Experimente angestellt, welche beweisen sollen, dass Läsion des hinteren Vierhügelpaars die Coordination aufzuheben im Stande sei. Gegen diese Versuche sei zu bemerken, dass man Experimente an den Vierhügeln vorwurfsfrei mit Bezug auf den Wurm schwer machen könne, weil die Blutung gewöhnlich ihre Richtung dorthin nehme, und die Coordinationsstörung darauf bezogen werden könne.

Herr Westphal fragt, ob auch das Muskelgefühl untersucht worden sei, namentlich auch in Betreff der Vorstellung von der Lage der Extremitäten.

Herr Curschmann: Er habe allerdings die betreffenden Versuche gemacht. Es sei unvollkommen gegangen, doch liess sich nicht bestimmt angeben, ob das Muskelgefühl erhalten war; bis zu einem gewissen Grade scheine es der Fall gewesen zu sein.

Digitized by Google

Herr Westphal: Ob überhaupt das Gefühl für passive Bewegungen vorhanden gewesen?

Herr Curschmann: Ja; ungefähre Vorstellungen bestanden offenbar.

Herr Westphal bemerkt noch, dass vor Kurzem in seiner Kranken-Abtheilung ein Tumor der Vierhügel ohne auf die Coordination bezügliche Erscheinungen zur Beobachtung gekommen sei.

401. **K. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.** Sitzung vom 26. Mai 1877.

Dr. Laufenauer: „Psychiatrische Studien." a) Ueber hyaloide Exsudate bei Geisteskranken. Die hyaloiden Exsudate im Central-Nervensystem der Geisteskranken sind noch wenig bekannt und wurden deshalb viel weniger gewürdigt, als sie es in Folge ihrer Wichtigkeit verdienen würden. Mit diesem Namen belegt den erwähnten pathologischen Process nur ein Autor — Arndt: Unter kleineren Vergrösserungen erscheint dieser Process in Form grünlich gelber (nach Härtung in chromsaurem Kali) glasartig durchscheinender bald opaker, durch Carmin-Ammoniak nicht imbibirter Flecken. — Die nervösen Elemente der Gehirnrinde sind in Folge dieser Exsudate hochgradig sklerosirt oder vollständig zu Grunde gegangen. Die die Gefässe umgebenden His'schen Räume sind durch dieselbe hyaloide Masse ausgefüllt, ihre Wandungen sind gleichartig, ihr Lumen verengt, der Virchow-Robin'sche Raum collabirt. Von ähnlichen Exsudaten berichtete zuerst Lockhardt Clarke, der diesen Process Granular-Disintegration benennt, später Billroth, Schüle, Theodor Simon und dann Arndt, der die Bezeichnung hyaloide Degeneration einführte. Meynert bezeichnet denselben Process einfach als Exsudation, Batti Tuke als miliare Sklerose. — Es unterliegt keinem Zweifel, dass diese Exsudation verschiedene Stadien hat und je nach dem Stadium, in dem selbe von den einzelnen Forschern gefunden wurde, wurde sie auch mit verschiedenen Namen bezeichnet. Die neueren Ansichten scheinen darauf hinzuweisen, dass diese Exsudate ihr Endstadium in der fleckweisen grauen Degeneration erreichen. Genauere Untersuchungen machen es auch zweifellos, dass der „état criblé" von Durand Fardel das Resultat desselben Processes ist. Diese Exsudate kommen, abstrahirt von den Rückenmarksbefunden bei Lyssa, Chorea, Typhus, von den eigentlichen Geisteskrankheiten: in manchen Fällen von progressiver Paralyse bei Delirium tremens, Hysterie und nach den Untersuchungen von Meynert als ein nie fehlender Befund beim Stupor (melanch. attonita) vor. Diese Exsudate unterscheiden sich von dem gewöhnlichen Oedem dadurch, dass sie doppelbrechend sind und in polarisirtem Licht bei Einstellung eines Gypsblättchens Roth I. Ordnung in den gekreuzten Polarisationsfarben gelb und blau erscheinen lassen. Die hyaloiden Exsudate sind die Folgen hochgradiger und andauernder Hyperämien und die nervösen Elemente der Gehirnrinde werden durch den von den Exsudaten verursachten Druck, sowie durch die gestörte Ernährung in ihrer Function vollständig behindert, und dadurch erklärt sich der Stupor, bei dem die Function der Hemisphären auf einen so niedern Grad herabsinkt. Die hyaloiden Exsudate können bei günstigen Verhältnissen resorbirt werden, daher auch bei solchen Kranken, bei denen auf das Vorhandensein solcher Exsudate gedacht werden muss, Prognose und Therapie klar vorgezeichnet sind. — Vortr. demonstrirt bei gewöhnlichem und in polarisirtem Licht die auf den Gegenstand Bezug habenden Präparate. b) Ein Fall von dementia paralytica ascendens, als Beitrag zur Kenntnis der System-Erkrankungen des Rückenmarks. Die Erkrankungen des Rückenmarks bilden nach den entscheidenden Untersuchungen Westphal's einen nie fehlenden ergänzenden Theil des Krankheitsbildes der dementia paralytica. Je nachdem die Rückenmarkslähmungen vor oder nach Ausbruch der geistigen Erscheinungen auftreten, unterscheiden manche Autoren eine auf- und absteigende

Digitized by Google

dementia paralytica. Die Fälle von absteigender dementia paralytica sind so häufig, dass dieselbe mit keinem besonderen Namen bezeichnet zu werden pflegt. Dagegen sind die Fälle von aufsteigender dementia paralytica, wo den Ausbruch der geistigen Erscheinungen anticipirend, 2—3 Jahre, häufiger 5—6 Monate früher sogenannte tabetische Erscheinungen auftreten, viel seltener. Die variable und consecutive Erkrankung von Gehirn und Rückenmark in der dementia paralytica bringt uns nothwendigerweise auf die Vermuthung, ob nicht, die secundäre Degeration von Türck vor Augen behaltend, zwischen der Erkrankung des Gehirns und Rückenmarks ein solches Verhältniss besteht, dass in einem Falle der das Gehirn ergreifende pathologische Process sich auf das Rückenmark, in einem andern Falle die spontan auftretende Erkrankung des Rückenmarkes sich auf das Gehirn erstreckt. Die Resultate der pathologisch-anatomischen Untersuchung machen heutzutage eine solche Auffassung noch nicht statthaft, obwohl dieselbe durch die entwicklungsgeschichtlichen Untersuchungen von Flechsig sehr wahrscheinlich gemacht wird; auch der Fall des Vortr. spricht dafür, dass die pathologischen Veränderungen in den einzelnen Strängen, die in den Hintersträngen aufsteigend, in den Seiten- und Vordersträngen absteigend vorwärts schreiten, dieselben Stränge ergreifen und ihre Richtung verfolgen, deren Endigungen Flechsig in der Rindensubstanz des Gehirns und der capsula interna fand.

Berichtigung.

Auf S. 468 des Heftes VI 1877, Zeile 11 von unten ist weggeblieben: „Dr. Gauster: Ueber moralischen Irrsinn."

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Ueber Findelanstalten. Von Dr. Isidor Frankl in Budapest. Budapest, 1877. Samuel Zilahy.

Ueber Doppelton und Doppelgeräusch in der Arteria cruralis. Von Prof. H. v. Bamberger. (Dtsch. Arch. f. klin. Med. 19.)

Badener Führer für Bewohner und Besucher des Curortes. 1877.

The West Riding Lunatic Asylum Medical Reports. Edited by J. Browne and Herbert C. Major. Vol. VI. London, Smith, Elder et Co., 1876.

Der Curort Teplitz-Schönau in Böhmen. Topographisch und medicinisch dargestellt von Dr. Ludwig Friedenthal. Wien, 1877. Alfred Hölder.

Der fünfte schlesische Bädertag und seine Verhandlungen am 15. December 1876, nebst dem medicinischen Generalberichte über die schlesischen Bäder für die Saison 1876, einer Karte der Eisenbahn-Verbindungen und einer Höhentafel der schlesischen Curorte. Bearbeitet und herausgegeben von P. Dengler in Reinerz. Reinerz, 1877.

Contribuzione allo studio della sclerosi in placche disseminate, dal dottore Giuseppe Pellegrini. Venezia, 1877.

Grundriss der Geburtshilfe für praktische Aerzte und Studirende. Von Prof Dr. Ludwig Kleinwächter. Wien, 1877. Urban und Schwarzenberg.

Historisch-kritische Bemerkungen zu den neuesten Mittheilungen über die erste Entwicklung der Säugethiere. Von Prof. Dr. Th. L. W. Bischoff in München. München, Literarisch-artistische Anstalt (Th. Riedel), 1877.

Ueber Capacität und Gewicht der Schädel in der anatomischen Anstalt zu München. Von Dr. Ludwig Hadler. Ibidem.

Untersuchungen über das Arthropoden-Auge. Im Auszuge mitgetheilt von Prof. Dr. H. Grenacher. Rostock. Stilles'sche Hof- und Universitätsbuchhandlung (Hermann Schmidt), 1877.

Digitized by Google

Fondation Rothschild. Hôpital ophthalmique à Genève. Rapport présenté a M. le baron Adolphe de Rothschild par le Dr. Aug. Barde. Genève, 1877.

Ueber den hysterischen Augenschmerz. Von Doc. Dr. Schenkl. Sep.-Abdr. aus d. „Prager medic. Wochenschrift". 1877. Nr. 18 u. 19.

Ein Beitrag zur Behandlung der Quecksilberkrankheit nach klinischen Beobachtungen, sowie nach eigenen physiologischen und pathologischen Untersuchungen. Eine Gratulationsschrift zur Feier des 50. Jahrestages der Doctorpromotion des Herrn Dr. Eduard Wilhelm Güntz. Von Dr. Justus Edmund Güntz in Dresden.

Transactions of the american gynecological society. Volum I. for the year 1876. Boston, H. O. Hougthon and Comp. 1877.

Der Diabetes mellitus. Klinische Vorträge von Prof. Dr. Arnoldo Cantani in Neapel. Aus dem Italienischen von Dr. Siegfried Hahn in Elster. Berlin, 1877. Denicke's Verlag (Georg Reinke).

Bericht über die Heilanstalt für Nervenkranke zu Bendorf am Rhein während der 10 Jahre ihres Bestehens, vom 1. October 1866 bis 30. September 1876. Von Dr. Albrecht Erlenmayer jun. Neuwied, 1877. J. H. Heuser.

Wiener Klinik. IV. April 1877. Dr. Moriz Gauster: Ueber moralischen Irrsinn (moral insanity) vom Standpunkte des praktischen Arztes. Wien. Urban und Schwarzenberg.

Aus der chirurgischen Klinik des Hofrathes Prof. Billroth in Wien. Casuistische Beiträge zur Therapie der malignen Lymphome. Von Dr. Ferdinand Freiherrn v. Buschmann. (Sep.-Abdr. aus Dr. Wittelshofer's „Wien. med. Wochenschrift". 1876)

Rohitsch-Sauerbrunn während der Saison 1876. Von Dr. Julius Glatter. Sep.-Abdr. aus der „Pester med. chir. Presse". 1877.

Vom Gebrauche der alkoholischen Getränke im Allgemeinen und dem Saint-Raphael-Weine insbesondere in gemässigten und kalten Ländern. Von Prof. Bouchardat. Paris J. B. Ballière et Fils.

Untersuchungen aus dem physiologischen Institute der Universität Heidelberg. Herausgegeben von Prof. W. Kühne. Band 1, Heft 1. Zur Photochemie der Netzhaut. Ueber den Sehpurpur. Von Kühne. Mit einer Tafel. Heidelberg, Carl Winter, 1877.

Ueber Entwicklung und Gestaltung des Heeres-Sanitätswesens der europäischen Staaten. Vom militärisch-geschichtlichen Standpunkte. Von Emil Knorr, Hauptmann. I. Heft, Hannover, 1877. Helwing (Th. Niersinsky).

Aerztlicher Bericht der Privat-Heilanstalt des Dr. Albin Eder von dem Jahre 1876. Wien, 1877. Selbstverlag.

Die Morphiumsucht. Eine Monographie nach eignen Beobachtungen von Dr. Eduard Levinstein. Berlin, 1877. August Hirschwald.

Zur Morphologie des Gesichtsschädels. Von Dr. E. Zuckerkandl in Wien. Stuttgart. Ferdinand Enke, 1877.

Die Fibromyome des Uterus. Von Dr. Louis Michels in Kreuznach, Stuttgart. Ferdinand Enke, 1877.

Anleitung zu chemischen Untersuchungen auf dem Gebiete der Medicinalpolizei, Hygiene und forensischen Praxis für Aerzte, Medicinal-Beamten und Physikats-Candidaten. Von Dr. Leo Liebermann in Innsbruck. Stuttgart. Ferdinand Enke, 1877.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Digitized by Google

Offene Correspondenz der Administration.

(Geschlossen am 12. Juli 1877.)

Herrn Dr. S. in New-Haven (Nord-Amerika). Wir empfehlen Ihnen Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der pathologischen Anatomie; Hofmann, Lehrbuch der gerichtlichen Medicin; Lion, Handbuch der Medicinal- und Sanitäts-Polizei; Schmarda, Lehrbuch der Zoologie, und Husemann, Handbuch der Toxicologie.

„ Dr. J. G. in S. Die Behandlung Verwundeter mit Král's flüssiger Eisenseife hat folgende nicht zu unterschätzende Vortheile: 1. Die grosse Einfachheit der Anwendungsweise. 2. Das Entfallen der Kaltwasser- und Eisumschläge, die bei Massenverwundungen im freien Felde häufig fehlen. 3. Verhinderung und Vernichtung entzündlicher und septischer Processe in den Verletzungen. 4. Annullirung schmerzhafter Empfindungen der Verwundeten, die nach angelegtem Nothverbande den Transport leichter ertragen. 5. Schnellere und sichere Heilung der Wunden als bei jeder andern Behandlungsweise. 6. In der Hand der conservativen Chirurgie ist die „flüssige Eisenseife" ein höchst schätzenswerthes Hilfsmittel zur Vermeidung von Amputationen. 7. Lose Knochensplitter bei der Zertrümmerung der Knochen durch Geschosse werden durch die „flüssige Eisenseife" allein herausgetrieben und ist ihre oft schmerzhafte Extrahirung zu vermeiden. (Man reibe nur, wenn eine solche Zertrümmerung in einer Extremität vorliegt, dieselbe ganz mit „flüssiger Eisenseife" ein.) 8. Unerlässliche Amputationen wird seltener ein Misserfolg begleiten, wenn die zum Rumpfe durch die Amputation sich gestaltensollende Extremität kurz vor dem energischen chirurgischen Eingriff mit „flüssiger Eisenseife" eingerieben und die fernere Heilung der Amputationswunde damit angestrebt wird. — Frische oder bis 12 Stunden alte Wunden werden mittelst eines in „Eisenseife" getauchten Pinsels bestrichen und die gesunden Hautstellen in der Umgebung der Wunde mit Eisenseife in grösserer Ausdehnung (von mindestens 10 Centimetern) im Umkreise eingerieben. Befindet sich die Wunde am Ober- oder Unterarme, oder am Ober- oder Unterschenkel, so reibt man ringsum armband- oder strumpfbandförmig ober- und unterhalb der Wunde auf den angrenzenden gesunden Hautstellen der betreffenden Extremität Eisenseife ein. Heftige Blutungen bei Verwundungen werden nach den Regeln der Kunst gestillt. Bei kleinern Verwundungen reichen pures Wundwasser, oder die „flüssige Eisenseife" selbst hin, um die Blutung zu stillen. Hierauf wird der Verband angelegt. Wendet man zu dem Zwecke einen Leinwandlappen an, so bestreicht man auch diesen nach dem Auflegen auf die Wunde mit Eisenseife und bedeckt denselben bei schweren Verletzungen mit einem entsprechend grossen Stücke aufgestrichenen deutschen Heftpflasters (Sparadrap's der Apotheken) oder mit Wachstafft und befestigt hierauf mit dem Verbandtuche oder mit einer Bandage. Dieser Verband schafft für die leidende Stelle ein gleichförmiges warmfeuchtes, die Heilung wesentlich begünstigendes Medium. Kaltwasser- oder Eisumschläge sind dort ganz entbehrlich, wo die „flüssige Eisenseife" Král's rationell angewendet wird. — Wunden, welche schon stark entzündet sind, wobei die angrenzenden Theile auffallend geschwollen erscheinen, dürfen mit Eisenseife nicht bestrichen werden. Derartige vernachlässigte Leiden bedeckt man mit einem Fettlappen, (d. i. mit ausgeschmolzenem Rindstalg — Unschlitt — bestrichene Leinwandstücke). Die an die entzundenen und geschwollenen Theile grenzenden gesunden Hautstellen sind, wie oben angegeben ist, mit Eisenseife sorgfältig einzureiben. Der Erfolg dieser Behandlung ist ein eclatanter. Schon nach einigen Stunden bemerkt man eine Abnahme der Geschwulst und Entzündung, alle nervöse Reizbarkeit — also eine vorhandene selbst sehr heftige Schmerzempfindung wird annullirt, die gesunkene Nerven- und Muskelkraft gehoben, der natürliche Heiltrieb erwacht. — Die Heilung einer Verletzung geht von den angrenzenden gesunden Partien aus, deren Gefässsystem durch Einreibungen mit Eisenseife zu pflegen, zu schützen, zu erregen und zu kräftigen ist, um in mächtiger Weise und in kürzester Zeit den Heiltrieb zu erwecken, weil, wenn diese Partien in ihren Functionen durch das verwundete Nachbarorgan ebenfalls erlahmen, kein Heilungsprocess sich entwickeln kann. In dem Masse, als Entzündung und Anschwellung der eine solche Wunde umgebenden Körpertheile schwinden, rückt man mit den Einreibungen mit Eisenseife von der Peripherie gegen das Centrum der verwundeten Stelle nach und nach vor, bis zuletzt dieselbe selbst mit Eisenseife bestrichen werden kann. Auch bei entzündeten Wunden sind keine

Digitized by Google

Kaltwasser- und Eisumschläge nothwendig, wenn bei der Pflege dieser Wunden nach der vorstehend geschilderten Methode correct vorgegangen wird. Septische (faulende) Wunden, welche in der Regel bei kachektischen Individuen vorkommen, werden ebenso wie frische Wunden behandelt. Ausgedehnte Einreibungen der gesunden Hautstellen, welche an das Leiden grenzen, mit „flüssiger Eisenseife" sind hier namentlich am Platze. Die Erneuerung des Verbandes und der Einpinselung und Einreibung mit Eisenseife erfolgt bei starksecernirenden und schweren Wunden dreimal, in leichtern Fällen nur einmal im Tage. Die Wunden werden einfach mit weichen Leinwandläppchen oder mit einem Baumwollbällchen gereinigt; das Reinigen mit Wasser kann in den meisten Fällen unterbleiben. Bei Erneuerung des Verbandes ist vorzüglich darauf zu sehen, dass nicht allein die Wunde mit Eisenseife bestrichen wird, sondern auch, dass das Präparat stets auf den an die Wunde grenzenden gesunden Hautstellen sorgfältig eingerieben werde. Es ist dieses ein wichtiger Kunstgriff, dessen Anwendung niemals zu vernachlässigen ist, möge man, gestützt auf wie immer geartete aprioristische Gründe, die Ansicht verfechten: die Permeabilität der „flüssigen Eisenseife" sei zu bezweifeln. Der thatsächlich zu erreichende günstige therapeutische Erfolg befürwortet entschieden die geforderte Anwendungsweise. Die hier geforderte Methode in der Anwendung der „flüssigen Eisenseife" ist schon deshalb gerechtfertigt, weil bei schweren Verletzungen die atonisch-erweiterten Capillaren, die erschlaffende Haut, in deren äusserste Peripherie die Nerven auslaufen, durch das „saure ölsaure Eisenoxyd" contrahirt, demnach der Tonus der Haut und speciell der der Nerven erhöht, die an die verletzte Stelle grenzenden gesunden Partien conservirt und diese vor den Reactions-Erscheinungen der vorhandenen eingreifenden schweren Verletzung geschützt werden. Aber schon deshalb ist die hier angedeutete Methode bei Verletzungen unerlässlich, weil deren Anwendung allein bedingt, dass nervöse Reizbarkeit und heftige Schmerz-Empfindungen oft plötzlich, in allen Fällen aber allmälig und zwar in kurzer Zeit annullirt werden. Die „flüssige Eisenseife" kann mit Recht als ein externes kräftiges „nervino-tonicum" bezeichnet werden.

Herrn Dr. E. v. B in Tövis. Jede Serie der „Sammlung klinischer Vorträge" besteht aus 30 Heften, welche zusammen 9 fl. kosten; vor Kurzem erschien Heft 115, welches der 4. Serie angehört.

„ Dr. F. Ritter v. C. in Görz. Brieflich erledigt!

„ Dr. M. O. in Znaim. Da das ganzjährige Abonnement der „Rundschau" 6 fl. beträgt, bitten wir sowohl für Ihr Exemplar, als auch für dasjenige des ärztlichen Vereines gelegentlich noch 2 fl. einzusenden.

„ Dr. T., k. k. Bezirksarzt in Neuhaus. Sie haben pro 1878 3 fl gut.

„ Dr. W., k. k. Reg.-Arzt in Spalato. Auf dem Briefe lasteten 25 kr. Porto; es kamen daher nur 9 fl. 75 kr. zur Verrechnung, von denen wir 25 kr. auf 1878 erübrigten.

„ Dr. L. L. in Papa. Am 30. Juni expedirt!

„ Dr. B., prakt. Arzt in Czernowitz, Dr. P. in Bielitz. Die beiden Hefte sandten wir am 20. Juni.

„ Dr. J. K. in Tisza-Roff (1 fl. Rest); Dr. J. B. in O. Beba (25 kr. Rest); Dr. F. J. in Csasza; Dr. G. in Pressburg (50 kr. Rest); Dr. A. H. in Jankovacz (50 kr. Rest); Dr. A. v. W., k. k. Reg.-Arzt in Triest; Dr. D. in Neusohl; Dr. C., k. k. Reg.-Arzt in Triest; D. J. H., k. k. Reg.-Arzt in Czaslau; Dr. S., k. k. Bezirksarzt in Lesina; W. H., prakt. Arzt in Alland (pro II. Quartal); Dr. B. F. in Kula; J. A., prakt. Arzt in Radnitz; F. S. in Misslitz (75 kr. Rest); L. W., k. k. Oberwundarzt in Ung.-Hradisch; J. M., Gemeindearzt in Dellach (50 kr. Rest); Dr. C. R., k. k. Bezirksarzt in Schwaz (50 kr. Rest); Dr. L. in Rekas; Dr. A. L., Stadtphysikus in Kremnitz; Dr. A. K. in Kremsier (1 fl. Rest); Dr. W. B. in Vilagos. Wir bestätigen Ihnen auf ausdrückliches Verlangen den Empfang des Abonnementsbetrages.

„ J. P., Bahnarzt in Breitenfeld; N. B., prakt. Arzt in Rozniatow (Emmert, Chirurgie); J. N., prakt. Arzt in Rovensko; C. L, prakt. Arzt in Asparn. Ihre Zuschriften sind erledigt.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Karl Bettelheim.
Einsendungen an die Redaction sind zu richten: Wien, I., Gonzagagasse 5.

Druck von G. Gistel & Co., Wien.

Digitized by Google

Chinin-Zuckerln und Chinin-Chokoladen

von

Josef Gobetzky.

Apotheker in Essek, Slavonien.

Diese aus **Chininum tannicum neutr.** mit der grössten Genauigkeit von mir erzeugten Präparate kosten

100 Stück 4 fl. ö. Währ., inclusive Stempel, Emballage und Porto.

Jedes Stück enthält 7 Centigramm reines Chinin.

Zur Beachtung.

Den Beweis der Vorzüglichkeit und Echtheit meiner Erzeugnisse liefern die Zeugnisse über die vorgenommenen chem. Analysen des Herrn Professor Dr. G. C. Wittstein in München; Dr. J. Schorm und Dr. H. Braun in Wien, J. Molnar, Apotheker und Chemiker in Budapest etc., sowie die in Nr. 13 der Zeitschrift des allgem. österr. Apotheker-Vereins vom J. 1876 veröffentlichte Anempfehlung des bekannten Professor Dr. Wittstein in München, welche lautet:

Herr Apotheker Josef Gobetzky in Essek (Slavonien) bereitet mittelst **von ihm eigens dargestellten** neutralen gerbsauren Chinins (Chininum tannicum neutrale) Chokolade-Zeltchen und Zuckerzeltchen, welche, wie ich mich durch **chemische Prüfung** überzeugt habe, nicht allein **sehr sorgfältig** hergestellt sind und **den angegebenen Gehalt an Chinin besitzen,** sondern auch den **grossen Vorzug** haben, dass darin **die Bitterkeit des Alkaloides völlig maskirt ist.**

Ich kann daher **allen Aerzten,** welche veranlasst sind, Chinin zu verordnen, obige Präparate **auf's beste empfehlen.**

München, den 25. April 1876. (L. S.) **Prof. Dr. G. C. Wittstein.**

Aufträge werden erbeten in Wien an Herrn Otto Raabe, Bäckerstrasse Nr. 1, und Pezold u. Süss, Droguisten; in Pest an Herrn Thalmaier u. Comp.; in Graz an Herrn Dr. A. Wunder, Apotheker, und Herrn Nedver, Apotheker; in Kronstadt an Herrn Müller, Apotheker; in Temesvar an Herrn J. Pecher, Apotheker; in Maros-Vásárhely an Herrn A. Jenney, Apotheker, und an den Erzeuger zu richten.

Diese Präparate wurden auch bei der Szegediner Landes-Ausstellung als eminente Präparate anerkannt und hiefür mir die Verdienstmedaille ertheilt. 19

Zu beziehen durch **Urban & Schwarzenberg,** Wien, Maximilianstrasse 4.

Verlag von F. C. W. VOGEL in Leipzig.

Preisherabsetzung.

Dr. Ignaz Neudörfer.

HANDBUCH

der

KRIEGSCHIRURGIE

und der

OPERATIONSLEHRE.

Zwei Bände in 3 Abtheilungen. Complet.

Mit zahlreichen Holzschnitten. gr. 8. 1864—1872. (Ladenpreis 45 M.)

jetzt für 18 fl. ö. W.

Pirogoff N.,

Grundzüge der Allgemeinen Kriegschirurgie.

Nach Reminiszenzen aus den Kriegen in der Krim und im Kaukasus und aus der Hospitalpraxis.

gr. 8. 1864. 14 Mk. 75 Pf. = 9 fl. 60 kr.

Impfstoff stets frisch in Phiolen **à 1 fl.** besorgt prompt die **Administration** der **Med.-chir. Rundschau** in **Wien, Maximilianstrasse 4.**

Digitized by Google

Zu beziehen durch URBAN & SCHWARZENBERG, Wien, Maximilianstr. 4:

Verlag von F. C. W. VOGEL in Leipzig.

FÜR ÄRZTE.

Soeben erschien: 295

Birch-Hirschfeld, Dr. F. V. (Dresden). **Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Zweite Hälfte.** M. 5 Tafeln. gr. 8. 11 fl. 40 kr.
Preis des completen Werkes 16 fl. 20 kr.

Geigel, Prof. A. und Dr. **A. Mayr** (in Würzburg). **Das Schöpfradgebläse angewendet auf Pneumatotherapie.** Mit 14 Holzschn. gr. 8. 2 M. 40 Pf. = 1 fl. 55 kr.

Weil, Dr. Adolf (Prof. in Heidelberg). **Handbuch und Atlas der topographischen Percussion.** Mit 3 Holzschn. und 26 Tafeln. gr. 8. 10 M. = 6 fl. 50 kr.

v. Ziemssen's Handbuch. Zweite Auflage.
II. BAND. **Acute Infectionskrankheiten. Zweite Hälfte.** Von Prof. L. Thomas in Freiburg, Dr. H. Curschmann in Berlin, Prof. H. v. Ziemssen in München, Dr. W. Zuelzer in Berlin, Prof. H. Hertz in Amsterdam. Mit 17 Holzschn. gr. 8. geb. 10 fl.
V. BAND. **Krankheiten des Respirationsapparates I.** Von Prof. Th. Jürgensen in Tübingen, Prof. H. Hertz in Amsterdam, Prof. H. Rühle in Bonn, Prof. E. Rindfleisch in Würzburg. Mit 24 Holzschn. gr. 8. geb. 10 fl.
Von **zweiten Auflagen** erschienen bereits Band I. II. 1. III. X. XII. 1.

Privat-Heilanstalt
für
Gemüths- und Nervenkranke
in 16
Oberdöbling, Hirschengasse 71.

Eisenbahnstation. **Bad Schinznach, Schweiz.** **Telegraphenbureau.**
Dauer der Saison vom 15. Mai bis 15. September.

Therme mit reichem Gehalt an Kalk, Kochsalz, Schwefelwasserstoff und Kohlensäure, berühmt durch ihre Heilwirkung bei Skropheln (Drüsen), Haut-, Knochen- und Schleimhautkrankheiten, chronischen Katarrhen, Emphysem, Asthma und allgemeiner Schwäche.

Treffliche Bade-, Inhalations- und Doucheneinrichtungen. Mildes Klima, Wald-, Milchcuren. Pension I. Classe Frcs. 7, Pension II. Classe Frcs. 4 per Tag. Zimmerpreise von Frcs. 1.50 bis Frcs. 8.

Für nähere Erkundigungen beliebe man sich zu wenden an 186
R. Staehly-Forrer, Director.

Rudolf Thürriegl
erzeugt alle
chirurgischen Instrumente nach neuesten und verbesserten Constructionen.
Wien, Alservorstadt, am Glacis, Schwarzspanierhaus 5.
Ausführliche Preis-Courante auf Verlangen gratis.

Digitized by Google

Kritiken und Buchanzeigen.

(Schluss aus dem Hefte 7 — 1877.)

402. Handbuch für Kinderkrankheiten. Herausgegeben von Prof. C. Gerhardt in Würzburg. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung. Tübingen 1877.

Ehe diese Besprechung des ersten Bandes des vorliegenden Handbuches in die Hände unserer Leser gelangt, werden wohl die meisten von ihnen von dem Projecte Gerhardt's, mit Hilfe einer grossen Zahl anerkannter Kliniker und Kinderärzte ein Sammelwerk über Kinderkrankheiten herauszugeben, unterrichtet sein.

Wir zweifeln nicht daran, dass auch die meisten Aerzte, wie wir selbst, dieses Project im Vorhinein als ein sehr willkommenes begrüsst haben, weil in der That ein „Handbuch" oder vielmehr eine „Pathologie und Therapie der Kinderkrankheiten" in der Ausführlichkeit, wie sie das projectirte Werk haben wird, nicht existirt, weder in Deutschland noch sonst wo.

Darüber aber kann ja gewiss kein Zweifel bestehen, dass gerade für die Praktiker, welche nicht Gelegenheit gehabt haben, sich an einem so grossen und ausgesuchten klinischen Materiale für Krankheiten der Kinder auszubilden, wie für jene der Erwachsenen, ein Sammelwerk, wie das in Aussicht genommene, höchst willkommen sein muss.

Der uns vorliegende erste Band enthält: 1. Geschichte der Kinderkrankheiten, von Prof. Tennig in Leipzig. Diese historische Skizze kann auf Vollständigkeit nicht Anspruch machen, trägt vielseitig den Charakter einer Sammlung an sich von schnell gesammelten und nicht besonders genau geprüften Daten.

2. Physiologie des Kindesalters, von Prof. Karl Vierordt in Tübingen. Dieser Theil ist offenbar mit vielem Interesse vom Autor geschrieben, der dafür von Seite aller Praktiker sich den besten Dank verdient hat.

Digitized by Google

Allerdings ist diese Physiologie des Kindesalters noch vielseitig lückenhaft, allein man thäte Unrecht, dafür den Autor verantwortlich zu machen.

Es ist vielmehr zu erwarten, dass der hier vorliegende Versuch einer Physiologie des Kindesalters eine wirksame Anregung zum wissenschaftlichen Ausbau derselben geben wird.

3. Zur Anatomie des Kindesalters, von Prof. W. Henke in Tübingen. Diese Abhandlung enthält, mit grosser Gründlichkeit zusammengetragen und durch gute Abbildungen dem Verständnisse nahe gebracht, eine Darstellung der für das Kindesalter besonderen anatomischen Verhältnisse. Selbstverständlich beschäftigt sie sich ganz besonders mit dem Skelette.

4. Die Pflege und Ernährung des Kindes, von Prof. A. Jacobi in New-York. Mit dieser Abhandlung beginnt das Sammelwerk und zwar müssen wir dieses Debut als gut gelungen bezeichnen, direct die Praxis zu berühren.

Jacobi's Abhandlung gibt gute Gelegenheit, sich über die Ernährungsfrage der Säuglinge vollkommen zu informiren, da Jacobi die Literatur darüber bis in's Minutiöseste kennt und obendrein das ganze Material vorbringt.

Man wird überdies die Kritik Jacobi's als eine sehr zutreffende bezeichnen müssen und wir sind überzeugt, dass die praktischen Aerzte unter Jacobi's Führung sich leicht auf diesem Gebiete orientiren werden, auf welchem sich bisher in der Literatur so viel Confusion und Halbwissen breit gemacht hat und sich so viele unbefugte Rathgeber aufgedrängt haben, dass die verlässliche Leitung eines nüchternen und erfahrenen Kinderarztes, wie Jacobi, fast nothwendig ist.

5. Allgemeine Therapie des Kindesalters, von Prof. Dr. Binz in Bonn. Dieses leider kurze Capitel enthält mit grosser Sachkenntniss die praktisch wichtigsten Principien der einzelnen Gruppen von Heilmitteln in ihrer Beziehung zum Kindesalter, einige sehr brauchbare Winke über die Verabreichung derselben. Wir vermissen hier eine allgemeine Darstellung über die Dosirung der Medicamente im Kindesalter. Es wird übrigens jeder praktische Arzt dieses Capitel mit Vergnügen lesen und daraus Mancherlei lernen können.

6. Die Kinderheilanstalten, von Dr. G. Rauchfuss in Petersburg. Dr. G. Rauchfuss legt in diesem Capitel seine Erfahrungen nieder über die meisten in Europa bestehenden Kinderheilanstalten, ihre Einrichtungen, die Bedingungen ihrer Existenz, ihre Leistungsfähigkeit etc. Die meisten dieser Anstalten kennt Rauchfuss aus eigener Anschauung. Der Abhandlung liegen einige Pläne von Musteranstalten bei.

7. und 8. Die Kindersterblichkeit und die Impfung, von Dr. Pfeiffer in Weimar. Der Autor hat mit dankenswerther Selbstbeschränkung es verstanden, in beiden Capiteln das Wissenswerthe und Interessante zusammenzutragen.

Digitized by Google

9. Schulbesuch, von Dr. A. Baginsky in Berlin. Dr. B. liefert einen kurzen Abriss der Schulhygiene, welcher gewiss in einem vollständigen Werke über Kinderheilkunde nicht fehlen darf und der wohl das Wichtigste enthält, das zu wissen den praktischen Aerzten unerlässlich ist.

Werfen wir noch einen kritischen Blick auf den ganzen 1. Band, der uns vorliegt, so müssen wir erklären, dass derselbe als Einleitung zu dem Sammelwerke sehr befriedigend ausgefallen ist. Es wäre nur zu wünschen, dass die grosse Zahl der Arbeiter, welche auf dem Titelblatte genannt sind, und von denen die meisten durch vorausgegangene tüchtige Arbeiten auf dem Gebiete der Kinderheilkunde zur Annahme berechtigen, dass sie Ausgezeichnetes zu leisten im Stande sind, die übernommenen Capitel auch mit gleichem Interesse bearbeiten, und dass der Herausgeber selbst im Stande sei, auf seine Mitarbeiter einen Einfluss zu nehmen, dass das Werk auch einen einheitlichen Charakter bekomme, unnöthige Wiederholungen vermieden werden, und dass sich nicht in den sich berührenden Capiteln Widersprüche ergeben, welche blos autoritativ hingestellt werden und dem Praktiker die Thatsachen nicht klar genug darlegen, um selbst entscheiden zu können.

Und schliesslich wünschen wir noch, dass es dem Herausgeber und der Verlagsbuchhandlung, welche letztere in dem vorliegenden Bande gezeigt hat, dass sie bei der Ausstattung liberal vorzugehen beabsichtigt, gelingen möge, das ganze Werk in der im Prospecte in Aussicht genommenen Zeit zu Ende zn bringen. Eisenschitz.

403. Die Einführung des Metersystems in die Ophthalmologie. Von Laudolt. (Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1876.)

Bisher bediente man sich der Zahl, welche die Brennweite einer Linse in Zollen ausdrückt, als Nummer für dieselbe. Die Brechkraft der Linse bezeichnete man durch einen Bruch, dessen Zähler 1 ist, dessen Nenner durch die Brennweite gegeben wird. Die Brechkraft einer Linse von 5, 6 Zoll Brennweite ist gleich $^1/_5$, $^1/_6$ (d. i. $^1/_5$ oder $^1/_6$ von der Brechkraft einer Linse von 1 Zoll Brennweite, welche die Einheit in dem bisher üblichen Systeme abgibt). Diese Art der Bezeichnung hat manche Nachtheile; der Zoll ist in verschiedenen Ländern ungleich lang, und das Bruchrechnen ist in der Praxis zeitraubend. Danders hat der Heidelberger ophthalmologischen Gesellschaft im Jahre 1875 folgendes neue System, das nach mannigfachen Discussionen zahlreicher Fachmänner zu Stande gekommen ist, zur Annahme empfohlen.

Die Einheit des neuen Systems ist eine Linse von 1 Meter Brennweite. Man nennt sie eine Dioptrie. Eine Linse von doppelter, dreifacher Stärke heisst Nr. 2, Nr. 3, enthält 2, 3 Dioptrien, hat eine $^1/_2$, $^1/_3$ so grosse Brennweite als die Einheitslinse. Eine Linse 6, 10 hat eine Brennweite von $\frac{100}{6}$, $\frac{100}{10}$ Centimeter und eine Linse von 200,

Digitized by Google

50 Cm. Brennweite hat eine Brechkraft von $\frac{100}{200}$, $\frac{100}{50}$ Dioptrien. Die neue Nr. 1 hat eine Brennweite von 100 Cm. = 37 Zoll, ist also = $\frac{1}{37}$ nach der früheren Bezeichnungsweise; die Umwandlung der neuen Nummer für eine bestimmte Linse in die alte ist somit eine sehr einfache, da die von jetzt ab Nr. 6, 7, 8 zu nennenden Linsen gleich sind $\frac{6}{37}$, $\frac{7}{37}$, $\frac{8}{37}$ nach der bisherigen Benennungsart.

Um zu erfahren, welche Nummer einem bestimmten Glase, dessen Nummer nach dem alten Systeme bekannt ist, im neuen Systeme zukommt, braucht man nur 37 durch die alte Nummer zu dividiren. So wird Nr. 74, Nr. 17 des alten Systems nun $\frac{37}{74}$. = 0·5, $\frac{37}{17}$ = 2·25 heissen.

In der Praxis bedarf man noch schwächerer Gläser als es Nr. 1 des neuen Systems ist; deshalb wurden in die neue Gläserreihe noch aufgenommen Nr. 0·25, 0·5 und 0·75. Da das Intervall von einer Dioptrie zwischen den schwächeren Gläsern zu gross ist, so sind von 1 bis 2·5 Vierteldioptrien und von 2·5 bis 6 halbe Dioptrien einzuschalten. Von 6 aufwärts beträgt die Differenz zwischen je 2 Gläsern eine Dioptrie; nur zwischen dem stärksten Glase, Nr. 20, und dem nächst schwächeren ist ein Abstand von 2 Dioptrien. Die neue Gläserserie gestaltet sich somit folgendermassen: 0·25 mit 4 Meter Brennweite (= 148 alt), 0·5 mit 2 Meter Brennweite (= 74 a.), 0·75 mit F = 1·33 Meter (= 49 a.) 1 mit F = 1 Meter (= 37 a.), 1·25 mit F = 80 Cm. (= 30 a.), 1·5 mit F = 66 Cm. (= 24 a.), 1·75 mit F = 57 Cm. (= 21 a.), 2 mit F = 50 Cm. (= 18·5 a.), 2·25 mit F = 44 Cm. (= 16·4 a.), 2·5 mit F = 40 Cm. (= 15 a.), 3 mit F = 33 Cm. (= 12 a.), 3·5 mit 28·6 Cm. (= 10·5 a.), 4 mit F = 25 Cm. (= 9 a.), 4·5 mit 22 Cm. (= 8 a.), 5 mit F = 20 Cm. (= 7 a.), 5·5 mit F = 18 (= 6¾ a.), 6 mit F = 16·6 Cm. (= 6 a.), 7 mit F = 14·3 Cm. (= 5¼ a.), 8 mit F = 12·5 Cm. (= 4½ a.), 9 mit F = 11·1 Cm. (= 4 a.), 10 mit F = 10 Cm. (= 3.7 a.), 11 mit F = 9·1 Cm. (= 3·37 a.), 12 mit F = 8·3 Cm. (= 3·07 a.), 13 mit F = 7·7 Cm. (= 2·84 a.), 14 mit F = 7·1 Cm. (= 2·63 a.), 15 mit F = 6·7 Cm. (= 2·48 a.), 16 mit F = 6·2 Cm. (= 2·29 a.), 17 mit F = 5·9 Cm. (= 2·18 a.), 18 mit F = 5·5 Cm. (= 2·03 a.), und 20 mit F = 5 Cm. (= 1·77 a.).

Durch die Nummer desjenigen Glases, welches man einem myopischen oder hypermetropischen Auge vorsetzen muss, um die Refractionsanomalien zu neutralisiren, bezeichnet man auch den Grad der Myopie oder Hypermetropie. Ist die Myopie oder Hypermetropie etwa gleich 5 oder 10, so findet man den Fernpunktsabstand, wenn man 100 Cm. durch 5 oder 10 dividirt. Ist umgekehrt der Fernpunktsabstand gegeben, so findet man den Grad der Ametropie, wenn man 100 Cm. durch jenen

Digitized by Google

dividirt. So ist bei Myopie 2, 3 der Fernpunktsabstand gleich 50, 33 Cm. und bei einem Fernpunktsabstand von 200, 50 Cm. ist die Myopie gleich 0·5, 2.

Die Formel für die Accommodationsbreite lautete bisher: $\frac{1}{A} = \frac{1}{P} - \frac{1}{R}$. Sie ist umzubilden in $a = p - r$. Die Werthe des p und r für diese Formel findet man, wenn man 100 Cm. dividirt durch den Nahepunkts-, beziehungsweise Fernpunktsabstand. Ein emmetropisches Auge, das seinen Nasepunkt 10 Cm. vor dem Knotenpunkt hat, wird $p = \frac{100}{10} = 10$ und $r = \frac{100}{\infty} = 0$ haben. Es wird daher $a = 10 - 0 = 10$. Ein myopisches Auge mit einem Fernpunktsabstand von 50 Cm. und einem Nahepunktsabstand von 7 Cm. hat $p = \frac{100}{7} = 14{\cdot}3$ und $r = \frac{100}{50} = 2$. Es wird daher die Accommodationsbreite desselben sein $14{\cdot}3 - 2 = 12{\cdot}3$.

Die Presbyopie beginnt nach dem neuen Systeme dann, wenn der Nahepunkt über 22 Cm. vom Auge abgerückt ist. Damit ein emmetropisches Auge für diese Entfernung eingestellt werde, bedarf es einer Accommodationsbreite = 4·5 Dioptrien. Der Grad der Presbyopie wird daher stets durch die Anzahl von Dioptrien ausgedrückt werden, welche das betreffende Auge durch seine Accommodation weniger aufzubringen vermag als 4·5. Im Alter von 40 Jahren hat der Emmetrope $a = 4{\cdot}5$; es besteht daher in diesem Alter noch keine Presbyopie. Im Alter von 55 Jahren beträgt a nur mehr 1·5; daher ist die Presbyopie gleich 3. Im 45. Lebensjahre ist die Presbyopie = 1, im 50. Jahre = 2, im 55. = 3, im 60. Jahre = 4, im 65. = 4·5, im 70. = 5·5, im 75. = 6, im 80. = 7. Im 50. Jahre wird also die Presbyopie durch convex 2, im 60. durch convex 4 u. s. f. corrigirt werden. Ein Hypermetrope mit H 2 wird im 60. Jahre die Nasenbrille $2 + 4 = 6$ brauchen, ein Myope 2 in demselben Alter $4 - 2 = 2$. Schnabel.

404. Gerichtlich-medicinische Untersuchungen über das Skopzenthum in Russland nebst historischen Notizen. Von E. Pelikan. Uebersetzt von Iwanoff. Giessen 1876. Ricker'sche Buchhandlung.

Zwei gänzlich verschiedene Richtungen sind es, nach denen unser Interesse bei der Durchsicht obigen Werkes gedrängt wird — nach der medicinischen oder besser gerichtlich-medicinischen und nach der humanistisch-historischen. Letzteres Interesse wiegt bei uns wenigstens vor. Aus der Secte der Flagellanten, die als höchsten Lebenszweck den Sinnengenuss feiern, ist als natürliche Reaction die Secte der Skopzen hervorgegangen, die, geschlechtliche Reinheit als das Höchste verehrend, um sich Ausschweifungen selbst unmöglich zu machen, ihre Genitalien zum

Digitized by Google

geschlechtlichen Genuss durch Verstümmelung unfähig zu machen suchen. Durch die verschiedensten Verhältnisse, ja selbst Palastintriguen in Petersburg wuchs diese Secte, bis die russische Regierung ihre Schädlichkeit erkennend, dagegen einzuschreiten suchte, verschiedene Male grosse Processe und Untersuchungen gegen das Skopzenthum ins Werk setzte, ohne es jedoch ausrotten zu können. Die Resultate dieser Untersuchungen, die bei ihnen auftretenden Fragen und deren bestmögliche Beantwortung nach dem amtlichen Materiale bildet den Gegenstand der Pelikan'schen Darlegungen.

P. erörtert im ersten Abschnitte die verschiedenen Arten der Verstümmelung der Genitalien, die bei Männern theils in dem Abtragen der Hoden, theils in dem Entfernen des Penis, theils in der Exstirpation des gesammten Genitales besteht.

Die Verschneidung bei den Weibern genügt meistens sehr wenig vollständig dem Zwecke, den Coitus unmöglich zu machen; es sind Verstümmlungen der Mamillae, der Mammae bis zu vollständigen Exstirpationen und die verschiedenartigsten Verletzungen der äusseren Genitalien, deren Vernarbung meistens eine Verengerung der Schamspalte zur Folge hat. Ueber eine wirklich ausgeführte Ovariotomie weiss Pelikan weder aus eigener Erfahrung noch aus den Acten Beispiele beizubringen.

Nachdem er so die Art und Weise der Beschneidung, den Heilungsprocess, die Narbenbildungen und sehr ausführlich — und darin liegt zum Theil der Schwerpunkt seiner gerichtlich-medicinischen Untersuchungen — die Unterschiede von anders (durch Krankheiten, chirurgische Massnahmen etc.) erworbenen Verletzungen und Narben besprochen hat, wendet er sich zur Erörterung der Folgen der Verstümmelungen für Leib und Seele. Ueber die Folgen der Castration in den verschiedenen Lebensaltern spricht er ziemlich ausführlich ohne Neues beizubringen; dass die oben aufgezählten Verletzungen bei den Weibern ein Altwerden, Collabiren, Hässlichwerden u. s. f. bewirken, wie Nadeschin behaupte, bestreitet er und sagt im Gegentheile, dass er unter den Skopzen viele vollwangige, blühende, sogar sehr schöne Personen gefunden habe, eine Behauptung, die er durch die angefügten Bildnisse einiger sehr schöner Skopizen auch dem Leser zur Gewissheit macht. Dass die vollständige Exstirpation beider Brustdrüsen das Weib zur Ernährung des Kindes vollständig unmöglich macht, ist selbstverständlich.

Bemerkenswerth ist das Capitel über den Einfluss der Verschneidung auf die Psyche — entweder ein schlecht gewählter Titel, oder eine Sammlung absonderlicher Ansichten des Verfassers. Er zählt darin alle möglichen schlechten Eigenschaften, Falschheit, Hinterlist, Selbstsucht, Habgier etc. auf, die einzelne Skopzen besessen haben mögen, die sie aber sicherlich mit vielen anderen Individuen ihrer Race und der Menschheit überhaupt theilen, hebt dann das wohl richtige Factum hervor, dass noch nie ein Castrirter ein productiver Geist gewesen sei, und bespricht dann des

Digitized by Google

Genaueren die verschiedenen Mittel, durch die die Skopzen die Verbreitung ihrer Lehre anstreben. Derartige Mittel, vielfach unredlich und gewaltthätig, hat sicherlich jede fanatische Secte, namentlich wenn sie unterdrückt war, zu ihrer Propagation benutzt, und ist es nicht erlaubt, der Beschneidung einen Einfluss auf die Wahl dieser Mittel einzuräumen. Im folgenden Capitel kommt der Verfasser übrigens selbst zu dem Schluss, dass das Skopzenthum keine Psychose ist, wenn auch manche verhaftete Skopzen durch Simulation einer Geisteskrankheit sich zu retten versucht haben würden, und wenn auch sicherlich nichts dagegen einzuwenden ist, dass sich, wie Belinski meint, unter den Skopzen auch einige Geisteskranke befunden haben mögen.

Im folgenden Abschnitte kommt Pelikan noch einmal auf den Act der Verschneidung zurück, bespricht den Act, die Methoden, die Instrumente und die religiösen Gebräuche der Beschneidung und verwendet diese Betrachtungen wieder zu forensischen Schlussfolgerungen. Zuletzt beschreibt er noch verschiedene Andachtsübungen und religiöse Gebräuche der Skopzen, ein Abschnitt, der sehr viele interessante Facta enthält, wegen deren aber auf das Original verwiesen werden muss. Bemerkenswerth ist, dass die Skopzen von dem Verdachte, Menschenfresser zu sein, erst gereinigt werden müssen. Nach Pelikan sind alle dahin gehenden Angaben früherer Autoren irrthümlich.

Zuletzt bespricht er noch die wichtigsten gerichtlich-medicinischen Schlussfolgerungen aus seiner Arbeit. Es sind das alles uns bekannte Dinge und Erfahrungen hier nur speciell auf die Skopzenprocesse angewandt, eine Nutzanwendung, die für uns, da in Oesterreich und Deutschland keine Skopzen existiren, ohne Interesse ist.

Von den Beilagen ist besonders die Statistik bemerkenswerth. Dieselbe ist durch treffliche Karten über die geographische Verbreitung der Secte durch Russland während verschiedener Zeiten unterstützt. Es ist wohl der Beachtung werth, dass der Bezirk um Petersburg auf allen drei Karten zu den am meisten von dieser Irrsecte heimgesuchten Districten gehört, und dass auch die Gegend von Moskau sich an obigen Bezirk nahe anschliesst.

Die Ausstattung des Buches ist vorzüglich, die beigegebenen Abbildungen sind wahrhaft mustergiltig zu nennen. Heymann.

405. Handbuch der pneumatischen Therapie. Für praktische Aerzte und Studirende der Medicin bearbeitet von Dr. Theodor Knauthe. Leipzig, Verlag von Otto Wigand. 1876.

Eine Reihe von anerkennenden Schreiben und Anfragen, welche dem Verfasser in Folge seiner Berichte „über pneumatische Therapie“ in Schmidt's Jahrbüchern zugegangen, waren die Veranlassung für die Herausgabe des uns vorliegenden Handbuches, welches nicht nur eine vorzügliche Zusammenstellung alles über Pneumatotherapie Bekannten, son-

Digitized by Google

dern auch manches Wichtige aus des Verfassers eigenen Beobachtungen enthält.

Der erste Theil des Buches ist der Besprechung des pneumatischen Cabinetes gewidmet. Nach einer kurzen Mittheilung der Geschichte und der einschlägigen Literatur des Gegenstandes bespricht K. die Construction und Benützung der pneumatischen Cabinete, die physikalischen Veränderungen der Luft in denselben, die sich hieraus ergebenden physiologischen Wirkungen und endlich die therapeutische Verwendung der comprimirten Luft. Von besonderem Interesse sind die kritischen Bemerkungen des Verfassers über die Wirkungen der comprimirten Luft im pneumatischen Cabinete. Es wird hier die Frage, warum gerade die Lungen unter dem erhöhten Drucke im Cabinete erweitert werden, während doch der ganze Körper dem erhöhten Drucke ausgesetzt ist, dahin beantwortet, dass man einen einseitigen Druck auf die Lungen im pneumatischen Cabinete ganz gut annehmen könne und zwar für die Zeit, innerhalb welcher sich der veränderte Druck auf jede Zelle des Körpers geltend mache. Der veränderte Luftdruck wirkt nämlich zuerst auf die Theile, welche oberflächlicher liegen, also auf die Körperoberfläche und die Lungen. Diese Theile unterliegen einseitig einem höheren Drucke, während für die tiefer gelegenen Theile noch nicht Zeit genug für den Ausgleich der Druckdifferenz verflossen ist. Diese Einseitigkeit dauert, bis sich die Einwirkung auf jede Zelle des Körpers erstreckt hat. Nach längerer Einwirkung des Luftdruckes muss dann allerdings die mechanische Wirkung aufhören, da aber der Aufenthalt im Cabinete nicht lange ausgedehnt wird, so fällt auch die Bedeutung dieser Thatsache weg. Dieselben Verhältnisse wie für den ansteigenden müssen wir auch für den absteigenden Druck annehmen. Der Ausgleich geschieht ebenso allmälig und der niedere Luftdruck muss auch zuerst auf die Hautoberfläche und die Lungen wirken.

Die Haut und die peripher gelegenen Schleimhäute werden blutreicher, die Lungen werden retrahirt und damit ist auch die Erklärung für die radicale Heilung des Emphysems und Asthmas durch den Aufenthalt im pneumatischen Cabinete gefunden.

Mit einem Worte der Verfasser hält den Einfluss des erhöhten Luftdruckes im pneumatischen Cabinete für eine „Druckausgleichswirkung“. Damit glaubt er, sei auch die Erklärung für die Elasticitätszunahme des Lungengewebes gegeben, für welche ebenfalls noch keine genügenden Beweise beigebracht werden konnten.

Leider will mir scheinen, als ob auch der Verfasser trotz seiner hübschen Hypothese „noch keine genügenden Beweise“ für die Elasticitätszunahme der Lunge erbracht hätte. Meiner Anschauung nach muss der Grund für die Zunahme der Vitalcapacität nicht in einer Erhöhung der Lungenelasticität, sondern in einer Erhöhung der Lungen-

Digitized by Google

contractilität gesucht werden. Der verstorbene Prof. Körner hat zu verschiedenen Malen (Siehe: Die Transfusion im Gebiete der Capillaren etc. „Allgem. Wiener medic. Zeitung" 1873 und 1874) darauf hingewiesen, dass Elasticität eine rein physikalische, auch jedem unbelebten Körper zukommende Eigenschaft sei, und dass man folglich auch von einer Erhöhung der Lungenelasticität durch was immer für ein Verfahren nicht reden könne. Am allerwenigsten kann man sich vorstellen, dass, wenn die Lunge durch das Athmen in comprimirter Luft während der Inspiration mehr als gewöhnlich gedehnt wird, sie sich vermöge ihrer Elasticität dann um so energischer zusammenziehen wird.

Wohl aber kann man sich denken, dass sich die Muskelfasern in den Bronchien und in den Pulmonalarterienverzweigungen auf irgend einen Reiz um so energischer retrahiren, denn Muskeln besitzen neben der Elasticität auch noch eine vitale Eigenschaft, nämlich die Contractilität.

Nun haben aber die Versuche von Lange die Zunahme der Muskelkraft beim Aufenthalte in comprimirter Luft dargethan und deshalb glaube ich, dass man vollkommen berechtigt ist von einer Contractilitätszunahme, aber nicht von einer Elasticitätszunahme der Lunge im pneumatischen Cabinete zu sprechen.

Der zweite Theil des Buches ist der Besprechung der transportablen pneumatischen Respirationsapparate gewidmet. Auch hier gibt der Verfasser zuerst einen Abriss der Geschichte und Literatur des Gegenstandes und bespricht hierauf in sehr klarer Weise alle bisher gebräuchlichen transportablen Respirationsapparate, deren Abbildungen in sehr guter Ausführung dem Text beigefügt sind. K., welcher beinahe sämmtliche Apparate aus eigener Anschauung kennt, wirft zum Schlusse die Frage auf: Welchen Apparat sollen wir uns kaufen? Zu den exact und constant wirkenden Apparaten, welche mit allen Hilfsmitteln zu wissenschaftlichen Untersuchungen ausgestattet sind, gehören jene von Waldenburg und Schnitzler; sie kosten 100—150 Mark. Zu den billigen, constant und exact wirkenden Apparaten, welche für praktische Zwecke ausreichen, gehört nur der Biedert'sche Rotationsapparat (42—48 Mark). Zu den billigsten an der Grenze der Zuverlässigkeit stehenden Apparaten zählt Verfasser ausschliesslich den Biedert'schen Balg, welcher 20 Mark kostet.

In Beziehung auf die physiologische Wirkung, sowie die therapeutische Anwendung der transportablen pneumatischen Apparate hat der Verfasser alle bisher gemachten Erfahrungen gewissenhaft und mit grosser Sachkenntniss zusammengefasst und verweisen wir diesbezüglich auf das Original.

Zum Schlusse bespricht K. noch verschiedene andere Mittel zur mechanisch-pneumatischen Lungenbehandlung, wie den pneumatischen Panzer, die pneumatische Wanne, die Expressionsmethode Gerhardt's und Geyer's elastisches Hemd.

Digitized by Google

Ein Anhang ist der Besprechung des Pneumatometers, des Doppelstethographen, des Spirometers und des Thorakometers gewidmet.

Glut.

406. Bericht über die Heilanstalt für Nervenkranke zu Bendorf am Rhein. Von Dr. Albr. Erlenmeyer jun. Neuwied 1877. T. H. Heuser. 1 Tafel, 80 S.

Die Heilanstalt, welche nur für Nervenkranke im engsten Sinne des Wortes bestimmt ist, nahm in den ersten 10 Jahren ihres Bestehens 124 Kranke auf. — Wie aus dem vorliegenden Berichte hervorgeht, ist es das Streben des Leiters dieser Anstalt, sie nicht allein zu vergrössern, sondern vor Allem, besonders was die therapeutischen Hilfsmittel anlangt, zu verbessern und zu vervollständigen; ausserdem aber war er auch bemüht, den Kranken immer mehr das Familienleben zugänglich und ihnen so den Aufenthalt möglichst heimlich und angenehm zu machen.

Eine Reihe von 37 interessanten Krankengeschichten (u. zw. 10 Fälle von Epilepsie, dann Tabes, Bulbärparalise, Hirntumoren, Morbus Basedowii, Störungen im Gebiete des Acusticus, Abusus von Morphin, Chloralhydrat, Chloroform u. a.) illustrirt im Einzelnen die Leistungen der Anstalt in der 10jährigen Periode ihres Bestehens.

Schwierigkeiten bereitet die Auswahl jener Kranken, welche als „Leichtverstimmte" den Uebergang zu den Geisteskranken bilden. Nachdem die Anstalt eine vollkommen offene ist, so können solche Personen, die einer besonderen Aufsicht oder Ueberwachung bedürfen, daselbst nicht untergebracht werden, obwohl begreiflicherweise gerade von den Anverwandten mancher Geisteskranker eine geschlossene „Irrenanstalt" perhorrescirt und die „Nervenanstalt" für ihre Angehörigen aufgesucht wird.

Obersteiner.

407. Die Physiologie der Haut. Experimentell und kritisch bearbeitet von Dr. A. Röhrig. (Berlin, Verlag von August Hirschwald, 1876.)

„Insbesondere der Wunsch zur Hebung der Pharmakologie und der damit verbundenen Disciplin, der Balneotherapie, meinen schuldigen Tribut zu zahlen, hat mich zu dem Unternehmen geleitet." Mit diesem Satze schliesst das „Vorwort" zu dem 217 Seiten fassenden Buche. Fürwahr die Heilkunde darf dem Verfasser Dank dafür wissen, dass er eine Summe von Fragen, die sich dem praktischen Arzte fast täglich aufwerfen, so weit beantwortet hat, wie es bei dem heutigen Stande der Wissenschaft möglich ist.

Nur ein im physiologischen Laboratorium und am Krankenbette gleich versirter Mann, wie es Röhrig ist, vermochte diese Aufgabe in einer ebenso gründlichen, wie anziehenden Weise zu lösen.

In Kürze recapitulirt der Verfasser mit dem Leser die Anatomie des integumentum commune und seine physiologische Bedeutung als

Digitized by Google

schützende Bekleidung des menschlichen Organismus, um ihm möglichst rasch die Ziele zu zeigen, die sich sein Forschen und Denken seit Jahren gesteckt hat.

Die Haut wird erstens ihres Drüsenreichthums wegen als vegetatives Organ, zweitens wegen ihres Nervenreichthums als ein Sinnesorgan abgehandelt, von dem aus Circulation, Athmung und Körpertemperatur mächtig beeinflusst werden. Im Anhange daran wird drittens die Haut als Applicationsorgan besprochen. In allen Capiteln wird der Werth der darüber existirenden Arbeiten und Ansichten erörtert und das zustimmende oder abfällige Urtheil durch Mittheilung der selbst angestellten Parallelversuche zu erhärten gesucht.

Das ganze Thema ist wirklich „experimentell und kritisch" bearbeitet, wie es auf dem Titelblatte zu lesen steht.

„Die Haut als vegetatives Organ" zerfällt in drei Untercapitel: a) Hautathmung, b) flüssige Hautausscheidung, c) flüssige Hautaufsaugung.

Ad a): Ein Gasaustausch, ähnlich dem der Lungenathmung, wo es sich um Aufnahme und Abgabe von Gasen handelt, ist nicht ganz sichergestellt, denn für die Absorption gibt uns die chemische Reaction nur ungenügende Aufschlüsse Es ist blos theoretisch nicht ganz unwahrscheinlich, dass eine gewisse Sauerstoffaufnahme von Seiten der Körperoberfläche existirt.

Vom Stickstoff lässt sich derzeit noch weniger sagen, wiewohl die Aufnahme desselben von Regnault und Reiset für die Winterschlaf haltenden Thiere angenommen wird. Dass aber die Hautoberfläche dennoch das Vermögen besitze, manche Gase aufzunehmen, beweise die Thatsache, dass Thiere, welche mit geschütztem Kopfe in schädliche Gasarten eingetaucht werden, ebenso sicher zu Grunde gehen, als wenn sie irrespirable Gase durch die Lunge einathmen. Diese Absorption findet nicht nur bei trockener Haut, sondern auch im Bade, hier nur etwas langsamer statt.

Allein bei aller Respectirung des Umstandes, dass die Epidermis dem Eindringen von Gasen keinen Widerstand entgegensetzt, muss doch die Haut im physiologischen Sinne für Gase wesentlich als Ausscheidungsorgan aufgefasst werden. Kohlensäure und Wasserdunst werden in grossen Mengen ausgeathmet. Diese Ausscheidung — Perspiration — ist abhängig von der Temperatur der umgebenden Atmosphäre, von verschiedenen Vorgängen im Körper; sie wird angeregt durch Hautreize und ist erhöht bei Behinderung der Lungenathmung. Die Schwankungen der quantitativen Gasausscheidung sind unter allen Umständen abhängig: 1. vom Lumen der Hautcapillaren, 2. von dem Contractionszustande der Hautmusculatur, 3. von der Energie der Herzaction.

Ueber die Menge der in 24 Stunden ausgeschiedenen CO_2 liefern die Autoren die differirendsten Angaben; zum Theile sind hieran die unvollkommenen Methoden, zum Theile die diesen anhaftenden Fehlerquellen schuld. Blos die Methoden von Regnault und Reiset, von

Digitized by Google

Scharling, Ludwig und Pettenkofer erfüllen die wesentlichen Bedingungen eines physiologischen Gaswechsels.

Nicht günstiger steht es mit den Ziffern, welche die Menge des ausgeschiedenen Wasserdunstes angeben. Weyrich's Angaben sind unzuverlässig, denn es muss ihm der Vorwurf gemacht werden, dass er mangelhaft ventilirt und ein unzuverlässiges Hygrometer angewendet hat. Der absolute Gewichtsverlust, den der Körper tagsüber durch Perspiration erleidet, dürfte auf 500—800 Gramm zu veranschlagen sein (Krause, Funke, Scharling, Séguin, Rye, Valentin, Röhrig u. A.). Die Hautperspiration ist nicht blos eine die Lungenathmung unterstützende Function, sondern sie hat noch zwei hauptsächliche Zwecke zu erfüllen: 1. an der Regulirung der Körperwärme mitzuarbeiten, 2. gewisse „noch unbekannte flüssige Substanzen" aus dem Blute zu eliminiren.

Ob die letzteren oder blos die durch die chemische Analyse nachweisbaren Stoffe (CO_2, HO_2 und allenfalls N), welche beim Bedecken der Haut mit luftdichtem Anstriche zurückgehalten werden, die Todesursache — von anderen später zu erwähnenden Erklärungen augenblicklich abgesehen — abgeben, ist derzeit eine offene Frage. Ueberhaupt ist die Lehre von den Retentis, obgleich vielfach zurückgewiesen, höchst beachtenswerth. Unter allen Umständen bleibt die Perspiratio insensibilis ein wesentliches Glied der physiologischen Körperverrichtungen, und es dürfte dereinst möglich sein, die stets angeklagten deletären Auswurfsstoffe chemisch darzustellen.

Ad b): „Nimmt die Hautathmung eine gewisse erhöhte Thätigkeit an, bei der mehr Wasserdampf abgesondert wird, als in der Zeiteinheit verdampfen kann, so schlägt sich ein Theil des Hautdunstes auf der Körperperipherie nieder als Schweiss, und wir sprechen dann von der Schweissabsonderung."

Dieselbe nimmt zu 1. in trockener, verdünnter, bewegter Luft, 2. mit der Zunahme des Blutreichthums im Hautorgane (der Füllungszustand der Hautorgane selbst ist abhängig von der Aussentemperatur und dem Luftdrucke), und 3. durch Einflüsse, welche auf den Contractionszustand der Hautmusculatur erschlaffend einwirken. Die Quantität des in 24 Stunden abgesonderten Schweisses lässt sich schwer angeben, weil die Absonderungsmenge zu individuell ist und durch die Art und Weise des Auffangens des Schweisses für das Hautorgan fast immer unphysiologische Bedingungen gesetzt werden. Nicht weniger misslich ist die Bestimmung der chemischen Zusammensetzung, indem mit der Schweissflüssigkeit Hauttalg und Epidermisschuppen gemischt sind. Die beste Analyse ist die aus Lehmann's Laboratorium von Schottei. Die Anwesenheit von freiem Ammoniak hält R. für eine Täuschung. Von organischen Bestandtheilen spielen die Hauptrolle die Fettsäuren. Die Schweissdrüsen selbst sondern Fett ab; dasselbe ist kein zufälliges Product der Talgdrüsen (Krause). Harnstoff ist unzweifelhaft im Schweisse ent-

Digitized by Google

halten (Funke). Farbstoffe kommen pathologisch im Schweisse vor. Die charakteristischen Schweissgerüche in Krankheiten deuten darauf hin, dass flüchtige, noch unbekannte Substanzen im Schweisse vorkommen. Schottei konnte von aussen in die Blutmasse überführte Stoffe — Jodkali, Benzoesäure, Bernsteinsäure und Weinsteinsäure — im Schweisse nachweisen.

Die Apparate der Schweissbildung sind blos die Drüsen, nicht die Epidermis, wie Meissner behauptete. Der Mechanismus dürfte zurückzuführen sein auf Filtration, auf specifisch secretorische Thätigkeit der Drüsen und auf reflectorische Einwirkung. Trotzdem vieles eine indirecte Nerveneinwirkung vortäuscht, ist dennoch derzeit ein gewisser directer Nerveneinfluss, wie bei der Absonderung der Speicheldrüsen, nicht nachzuweisen.

Der Schweiss hat eine „hohe physiologische Bedeutung". Vor Allem wird mittelst desselben die Körperwärme regulirt. Weiters entwickeln die Schweissdrüsen eine gewisse excretorische Thätigkeit; die Haut fungirt in dieser Hinsicht unterstützend und stellvertretend für Lungen und Nieren. Die Schweissabsonderung kann, wie keine andere bedeutende Excretion des menschlichen Körpers ohne Schaden sistirt werden. Hebra's gegentheiliger Ansicht stehen die von Fischer, Ditterich und vieler anderer entgegen.

Ad c): Die Durchgängigkeit der Epidermis für Gase ist nach beiden Richtungen zweifellos dargethan. Ob die Aufnahme von tropfbar flüssigen Substanzen durch dieselbe möglich sei, ist eine Frage von hoher praktischer Bedeutung. Das Unterhautzellgewebe und das Parenchym der Cutis ist gewiss einer lebhaften Aufsaugung fähig. Die Versuche, ob die Epidermis für tropfbar flüssige Körper permeabel sei, zerfallen in solche, die an isolirten Hautpräparaten und solche, die am lebenden Organismus angestellt wurden.

Die endosmotischen Experimente von Krause, Béclard u. A. ergeben, dass Flüssigkeiten an und für sich die Epidermis nicht passiren können. Hingegen ist erwiesen, dass Flüssigkeiten, die leicht in Dunstform übergehen, in diesem Aggregationszustande durch die Epidermis hindurchgehen und Salze, welche sie gelöst enthalten, mit sich fortreissen.

Den Versuchen, ob gewisse Badebestandtheile die Epidermis des lebenden Menschen zu durchdringen vermögen, muss ein Fundamentalbeweis dafür vorausgehen, ob nämlich die Haut Wasser zu resorbiren im Stande sei. Letztere Fähigkeit muss der Haut abgesprochen werden. Alle Schlüsse, die aus der Gewichtszunahme des Körpers oder einer Gewichtsabnahme des Bades während der Dauer des letzteren oder aus gesteigerter Flüssigkeitsausscheidung der verschiedenen Excretionsorgane gezogen werden, sind aus naheliegenden Gründen falsch.

Eine Imbibition, d. h. eine Durchtränkung der oberen Schichten der Epidermis mit Wasser ist allerdings erwiesen, allein das ist etwas

Digitized by Google

von Resorption himmelweit Verschiedenes; aus den endosmotischen Versuchen geht sogar hervor, dass letztere durch erstere unter Umständen sogar verhindert wird. Immerhin aber kann sich an die blosse Imbibition ein gewisser Badeerfolg knüpfen (die in der Literatur verzeichneten Ansichten und Versuche betreffend Wägung des Badenden oder des Badewassers sind in geistreicher Weise besprochen).

Die Steigerung der verschiedenen Excretionen kommt nicht auf dem Wege der Resorption, sondern auf dem des Reflexes zu Stande. Ein dem menschlichen Körper nicht fremdes Salz, das Kochsalz, das viele aus den Soolbädern in's Blut übergehen lassen, während blos eine Imbibition stattfindet, wird nicht resorbirt. Die ausser Zweifel gesetzte Wirksamkeit der Soolbäder ist rein als Contactwirkung zu bezeichnen (Beneke, Röhrig, Clemens, Neubauer).

Ebensowenig werden Kalk- und Magnesia-, sowie Eisensalze durch die Haut aufgenommen.

Wie steht es nun mit der Resorption von jenen unorganischen Stoffen, die für gewöhnlich keinen integrirenden Bestandtheil des menschlichen Körpers ausmachen? Sie werden nur dann resorbirt, wenn sie Körper sind, die sich leicht verflüchtigen oder in Flüssigkeiten gelöst sind, deren Flüchtigkeit bekannt ist.

Das Jod ist an und für sich flüchtig, der Jodtinktur kommt die Flüchtigkeit des Alkohols zu statten, und aus der Jodkalisalbe wird das Jod durch die flüchtigen Fettsäuren, wie sie in älteren Salben und im Schweisse vorkommen, mit fortgerissen. In analoger Weise gelangt auch das Unguentum cinereum zur Wirkung. Wässerige Lösungen von Jodkali werden nicht resorbirt, metallisches Quecksilber durchdringt die Haut selbst bei stärkstem Drucke nicht. — Man setzte weiters den Bädern organische Stoffe, besonders Arzneigifte zu, um aus dem Eintreten ihrer gewöhnlichen arzneilichen Wirkung auf die Resorptionsfähigkeit der Epidermis Schlüsse zu ziehen. Selbstverständlich konnten die Resultate nur negativ sein.

Parisot's Erklärung für die Nichtresorbirbarkeit dieser Stoffe, dass nämlich die Aufsaugung durch den fettigen Hautüberzug, das Secret der Talgdrüsen verhindert werde, ist eine Täuschung. Hier waren Alkohol, Aether oder Chloroform, mit denen Parisot scheinbar den Talgüberzug abwusch, thatsächlich die Mittel, durch deren Anwesenheit die Resorption der organischen Alkaloide ermöglicht wurde. Röhrig hält sich sogar durch seine experimentellen Erhebungen zu dem Ausspruche berechtigt, dass auch die alkoholischen Lösungen anorganischer Salze aufgesogen werden.

Ebenso wie die Epidermis für die bei niederer oder mittlerer Temperatur leicht verflüchtigenden Substanzen durchgängig ist, ebenso gestattet sie den Durchtritt zerstäubter wässeriger Arzneilösungen, wie R. vom Jodkali an sich, von Morphium am Kaninchen nachgewiesen.

Digitized by Google

Trotz der feststehenden Thatsache vom Penetriren der Flüssigkeiten in bestimmtem Aggregationszustande durch die Oberhaut muss doch die Hauptwirkung der Bäder ganz wo anders gesucht werden.

„Die Badewirkung ist eine Reflexwirkung. Ihre Erklärung fällt mehr der Physik als der Chemie anheim.“ Die Wirkung wird durch die Haut, insoferne sie ein Sinnesorgan ist, vermittelt. —

„Die Haut als Sinnesorgan“ besitzt einen ungeheuren Einfluss auf die wichtigsten Lebensvorgänge; denn alle Reize, welche dieses Organ treffen, bringen Veränderungen in Circulation, Athmung und Körpertemperatur hervor. Diese Veränderungen sind verschieden, je nachdem die Reize schwach oder stark waren, die betroffene Hautpartie klein oder gross war. Die Hautreize beeinflussen die Circulation in doppelter Weise; sie regen auf dem Wege des Reflexes einerseits das vasomotorische Centrum (Ludwig und Thiry) im verlängerten Marke, anderseits das Herz selbst (Goltz'scher Klopfversuch) zur Thätigkeit an. Das Lumen der Gefässe ändert sich, ebenso die Zahl der Herzschläge und die Energie der einzelnen Herzcontractionen. Die Uebertragung des Reizes der Hautnerven auf das Herz geschieht auf den Bahnen des Nervus vagus. Die Weite der Gefässe und die Triebkräfte des Herzmuskels werden jedes für sich beeinflusst; die diesbezüglichen Erscheinungen, deren Abhängigkeitsverhältniss bei längerer Reizeinwirkung allerdings nicht zu übersehen, stehen anfangs in keiner Beziehung zu einander.

Schwache Hautreize erhöhen den Tonus der Ringmusculatur im Gefässsysteme, sie verengern das Gefässlumen; auf starke äussere Reizmittel folgt eine Erschlaffung der muskulösen Gefässelemente (in der Regel nach einer heftigen den Reiz nicht überdauernden Contraction). Die Erweiterung ist als Ermüdungserscheinung aufzufassen.

Ueber die Beziehungen der Empfindungsnerven zur Respiration hat Röhrig eine Reihe interessanter Versuche angestellt, aus denen hervorgeht, dass die Hautreize auf eigenen Nervenbahnen einen energischen und zwar einen hemmenden Einfluss auf den Athmungsmechanismus üben. Man hat demnach Unrecht mit dem Bestreben, „die Periodicität der Athembewegungen von einem periodischen peripheren Reize abhängig zu machen und letzteren als den normalen Erreger des Athmungscentrums hinzustellen, wie z. B. Volkmann gethan hat“. Man begeht ferner einen Irrthum, wenn man „die erste Athmung beim Neugeborenen von dem peripherischen Kältereize nach der Geburt ableiten will, indem jene reflectorische Erregung der sensibeln Hautnerven eher ein Hinderniss für die beginnende Athmung abzugeben geeignet wäre, da sie vielmehr gewisse Hemmungsapparate im Athmungscentrum zu spannen scheint. Es handelt sich sonach beim Neugeborenen um durchaus andere Verhältnisse; der Angriffspunkt des Reizes liegt nicht an der Peripherie des Nervensystems, sondern er ist in dem

Digitized by Google

Athmungscentrum selbst zu suchen und scheint als Reizursache auf das bestimmteste die Venosität des Blutes anzunehmen zu sein."

Mit Zunahme der Pulsfrequenz (nach Hautreizen) geht eine enorme Abnahme in der Athemfrequenz einher. In einem gewissen Stadium starker Hautreizung sind Puls und Respiration tief gesunken, allein es ist nicht statthaft, die Circulationsverlangsamung von der Herabsetzung der Athemfrequenz herzuleiten; wiewohl im Allgemeinen der Blutlauf vom Gasgehalte des Blutes und der Schnelligkeit der Ventilationen abhängt.

Die wichtigste Leistung der Hautnerven ist die für die Wärmeökonomie.

„Offenbar üben die Hautreize eine verschiedene, geradezu entgegengesetzte Wirkung auf die Temperatur im Körperinnern, und zwar verhalten sich auch nach dieser Richtung hin sämmtliche Reizmittel gleich. Diese verschiedenen Einwirkungen classificiren sich auch hier zunächst nach der Intensität des stattgehabten Reizes."

Aus zahlreichen, etwa 50 Versuchen, ergab sich, dass bei energischen Hautreizen die Innentemperatur erheblich sinkt, während mildere Reizmittel dieselbe mehr weniger zu steigern vermögen; nach Application mässiger Erregungen der sensibeln Hautnerven pflegt zuweilen ein mehr weniger ausgeprägtes Ansteigen der Körpertemperatur vorauszugehen, welches erst später von einem Absinken unter die Normaltemperatur gefolgt ist. War aber der Reiz ein sehr heftiger, andauernder, so entzieht sich dieses vorgängige Ansteigen unserer Beachtung mehr weniger vollkommen, so dass wir zuweilen blos die rapide Abkühlung des Thierkörpers gewahren. Die Reizwirkung ändert sich aber auch wesentlich nach der Individualität des Versuchsthieres, nach der Reizempfänglichkeit des Organismus. Denn einmal zeigt sich, dass bei öfterer Wiederholung eines Reizversuchs an einem und demselben Thiere die Erregbarkeit seiner Hautnerven allmälig herabgesetzt wird und weiter können dieselben Reizstärken das eine Mal auf ein junges, mageres, blutarmes Thier, das andere Mal auf ein ausgewachsenes, wohlgenährtes Versuchsobject angewandt, bei dem letzteren ein geringeres Sinken der Eigenwärme hervorrufen, als bei dem andern, oder wohl gar anstatt des Sinkens eine Steigerung der Körpertemperatur nach sich ziehen.

Nach Mittheilung der einschlägigen Experimente schreitet Röhrig nicht sofort zur speciellen Beurtheilung der Versuchsergebnisse, sondern recapitulirt erst kurz die Hauptgrundsätze, nach deren äusseren Einflüssen, besonders der Kälte gegenüber die Wärmeregulirung im menschlichen Körper statthat.

Das Hautorgan besitzt in sich selbst höchst zweckmässige Apparate, durch welche die Wärmeausgabe regulirt wird.

Allein diese sind für erhebliche Schwankungen nicht ausreichend; sie müssen durch die Regulirung der Wärmeerzeugung unterstützt werden.

Digitized by Google

Die Compensationsvorrichtung in der Haut besteht in dem veränderlichen Lumen der Blutgefässe und in der Musculatur der Hautbälge. Die Erregung der Temperatursnerven wird reflectorisch nach dem vasomotorischen Nervencentrum fortgeleitet. Ist diese Leitung an irgend einer Stelle dauernd unterbrochen, so ist der Tod durch Erfrierung die unausbleibliche Folge (Tschechichin).

Die Compensationsvorrichtung, derzufolge mehr Wärme erzeugt wird, wenn Wärmeabgabe stattfindet, besteht hauptsächlich in Folgendem: Die reflectorische Erregung der motorischen Muskelnerven durch die Kälte und andere sensible Reize erzeugt eine minimale, für gewöhnlich nicht sichtbare Contraction, einen gewissen unsichtbaren Muskeltonus. Diese tonische Muskelaction ist mit Wärmeentwicklung verbunden. Curarisirte, dem Kälteeinfluss ausgesetzte Thiere kühlen rasch ab, weil die motorischen Endnerven der quergestreiften Muskeln gelähmt sind. Neben diesem gesteigerten Oxydationsprocesse macht sich Folgendes zur Beschränkung des Wärmeabflusses geltend: die Pulszahl ist zwar vermehrt; allein in Folge der Steigerung der Stromwiderstände in der Peripherie ist die Contractionskraft des Herzens durch einige Zeit herabgesetzt und die Athemfrequenz ist bekanntlich auch vermindert.

Für schwache Hautreize gelten diese einfachen Verhältnisse, allein nach Einwirkung starker Hautreize treten complicirtere auf.

In Folge der Gefässparalyse an der Peripherie tritt eine rapide, gefahrdrohende Abkühlung ein. Als Schutzmassregel dagegen dient die Verlangsamung der Respiration und des Blutstromes; es wird durch verlangsamte Ventilation die Wärmestrahlung von der Lungenoberfläche herabgesetzt und durch Verminderung der in der Zeiteinheit die kühle Peripherie durchströmenden Blutmenge die Wärmeentziehung verringert. Das sind Folgen der Reizung des Nervus vagus, der die Bedeutung eines wichtigen Wärmeregulators gewinnt. Während das Kaninchen mit intacten Nervi vagi in der Eiswassereinhüllung während 20 Minuten 3° C. verlor, büsste das andere mit durchschnittenen Vagusnerven unter ganz gleichen Verhältnissen 8° C. ein. Kaninchen, mit einer Unze Senfspiritus am Rücken kräftig eingerieben, ertrugen die jähe Abkühlung 75 Minuten, wenn sie unversehrt waren; hingegen blos 48 Minuten, wenn ihre Nervi vagi verletzt waren. Neben der wärmeregulatorischen Thätigkeit des Vagus kommt noch der mit der Stärke des Hautreizes zunehmende Verbrennungsprocess in Betracht.

„Wir haben guten Grund anzunehmen, dass die Hautnervenenden beständig während des ganzen Lebens einem continuirlichen Wärme- und Kältereiz ausgesetzt, dem vasomotorischen, dem Herznerven- und Athmungscentrum, sowie den Muskeln ununterbrochen die jeweilige Empfindung zuleiten, um je nach dem Grade des äussern Eindruckes auf dem Reflexwege durch stärkere oder schwächere Innervirung jener Apparate günstige Folgen zu vermitteln, die Consequenz der schädlichen Einflüsse abzuwenden."

Digitized by Google

Die Wärmeconstanz ist abhängig von der absoluten Schärfe der Temperaturempfindung.

In der Morphiumnarcose, nach Chloroformeinwirkung, während der Alkoholintoxication, im Schlafe sinkt die Eigenwärme, weil die Hautempfindung wesentlich herabgesetzt ist. Aus demselben Grunde tritt Abkühlung bei Thieren ein, deren Haut mit dichtem Firnisse belegt ist; allein viele dieser undurchdringlichen Stoffe führen die Abkühlung auch dadurch herbei, dass sie starke Hautreize sind. Ist bei gefirnissten Thieren die Abkühlung bis zu einem gewissen Grade gediehen, so lässt sich dasselbe durch Wärmezufuhr nicht mehr retten (Socoloff).

Nachdem Röhrig die Bedeutung der Haut als vegetatives und Sinnesorgan ausführlich besprochen, bemüht er sich, auf Grundlage dieser Lehre den Werth aller jener Mittel, welche in therapeutischer Absicht auf die Haut applicirt werden, annähernd zu bestimmen. Wie viel vom Uebergange von Arzneien durch die Haut in's Blut zu erwarten, das ergibt sich leicht aus dem früher Gesagten.

Unter den sogenannten Hautreizen steht obenan die Application von Kälte und Wärme. Die dadurch hervorgerufenen Veränderungen sind primärer, directer Natur und in zweiter Linie auf reflectorischem Wege ausgelöste. Der sogenannte Indifferenzpunkt der Bäder fällt nicht mit der Hauttemperatur zusammen, sondern muss nothwendig unterhalb der Körpertemperatur liegen, denn im ersteren Falle würde Wärmeretention stattfinden. Nebst dem thermischen Reize ist bei Bädern der mechanische zu beachten. In dieser Hinsicht ist es ebenso interessant, wie unerklärt, warum wir uns des beträchtlichen Druckes im Bade so wenig bewusst werden.

Zur mechanischen Behandlung zu rechnen sind auch folgende locale physikalische Heilmittel, die der Haut applicirt werden: die indifferenten Salben, die Druckverbände, die localen Blutentziehungen, das Schröpfen etc. Der Effect dieser Manipulationen wird kurz erörtert.

Von den chemischen Reizen sind besonders besprochen die gebräuchlichen Heilbäder. Die Absorptionstheorie ist allerdings in Misscredit gekommen, allein es wäre ein Fehler, die Wirkung der Bäder von der Wirkung ihrer mineralischen und anderen Bestandtheile zu trennen. Nach R. sind die Bäder einzutheilen in Sool- resp. Seebäder, alkalische Bäder, Kohlensäuerlinge, Schwefelbäder, Moor- und Fichtennadelbäder. (Die Begründung dieser Eintheilung ist sehr lesenswerth.)

Die Bäder, sowie alle auf die Haut applicirten Agentien, sind hauptsächlich als wirksame Erreger der Empfindungsnerven anzusehen. An diesen Satz knüpft R. seine Ansichten über eine rationelle Therapie der verschiedenen Stadien des Entzündungsprocesses. Die Therapie muss gewissermassen eine vasomotorische sein, und dem entsprechend der thermische Reiz das eine Mal ein schwacher, das andere Mal ein starker sein. Durch unbesonnene Verstärkung des Gefässtonus im Zustande der Stase und

Digitized by Google

durch Herbeiführung der Gefässparalyse im Vorgange der Congestion wird viel Unheil gestiftet. R. sieht den Nutzen der Reizmittel im vorgeschrittenen Entzündungsstadium in der reflectorischen Gefässerschlaffung am Entzündungsorte selbst, weniger in der sogenannten Ableitung nach anderen Stellen.

Würde man an letztere denken, so wäre beispielsweise die allgemeine Badeform der localen Application thermischer Reize vorzuziehen. Das Schlussresultat aller der Individualität angepassten Bäder ist folgendes: Beschleunigung und Vermehrung der Hautcirculation, Entlastung der inneren Organe, eine Vermehrung der Trans- und Perspiration und eine Erhöhung der wärmeregulatorischen Functionen, womit Verkältungskrankheiten vorgebeugt wird, indem „die Erregbarkeit der Hautnerven durch die häufigere Einwirkung des Reizeinflusses abgeschwächt wird". (Letzter Passus von der Erregbarkeit der Hautnerven dürfte wohl als etwas einseitig bezeichnet werden, indem er sich nur auf zu sensible Individuen beziehen lässt. Allerdings hat die Praxis hauptsächlich mit diesen und der entsprechenden Abhärtungscur zu thun. Allein vom theoretischen Standpunkte muss man auch an Individuen denken, deren Temperaturnerven zu träge empfinden; der höchste Grad davon, die Thermoanästhesie, ist schon oftmals beobachtet worden. Für diese müsste doch die Erregbarkeit erhöht werden; conform dem Ideengange Röhrig's liesse sich demnach der Nutzen methodischer Bäder dahin präcisiren, dass in Folge derselben bestimmte Hautnerven bei jeder äusseren Temperaturschwankung leicht in jenen Erregungszustand gerathen, durch den die Constanz der Eigenwärme erhalten wird. Ref.)

Die Bäder üben nicht blos einen günstigen Einfluss auf die periphere Circulation, sondern sie haben auch (entgegen der Furcht vor Bädern bei Herzaffectionen) die Eigenschaft, auf die Herzthätigkeit wohlthuend einzuwirken, wenn sie nach Dauer und Temperatur richtig angeordnet werden.

Die kühlen und lauen Bäder vermindern die Respirationsfrequenz; bei jenen Dyspnoëformen, wo die Athmung gleichzeitig verflacht ist, erklärt sich die Wirkung hauptsächlich dadurch, dass mit der Verminderung der Athmungszahl eine Vertiefung der Athembewegung auftritt.

Die Anregung des Stoffwechsels, insbesondere der vermehrte Umsatz der Kohlenhydrate, nach Einwirkung localer und allgemeiner Hautreize ist eine unleugbare Thatsache. (Röhrig, Zuntz, Beneke etc.) „Nur so wird das Factum verständlich, dass wir mit dem einen Mittel der peripheren Nervenerregung im Stande sind, auf pathologische Processe einzuwirken, welche nach der ontologischen Auffassung als durchaus verschiedene Krankheitsprocesse bezeichnet werden."

Trotz der qualitativen Uebereinstimmung in den gleichartigen Bädergruppen existirt doch eine quantitative Leistungsverschiedenheit; diese liesse sich am besten dadurch ersichtlich machen, wenn man für die ver-

Digitized by Google

schiedenartigen Badegruppen eine Scala für die in ihnen enthaltenen thermischen, chemischen, mechanischen und andersartigen Reize aufstellen würde. Mit Hilfe dieser Scala und mit Berücksichtigung der Reizbarkeit und des Ernährungszustandes des Kranken liessen sich bestimmte, rationelle, nicht schablonenhafte Vorschriften geben. Daran knüpft R. eine sehr lesenswerthe Abhandlung über das noch in der Praxis vielfach herrschende irrationelle Verfahren und bespricht zum Schlusse kurz die physiologischen Effecte der Hautreize auf die einzelnen Organe des Körpers.

Baum.

408. Recept-Taschenbuch und Kalender der Wiener Medicinischen Presse. 1878. Wien, Urban und Schwarzenberg.

Zur Empfehlung dieses zuerst unter seinen Concurrenten auf dem Markte erscheinenden Taschenkalenders wollen wir nur erwähnen, dass er 1024 (alphabetisch nach Krankheitsnamen geordnete) moderne Receptformulare enthält, also sich strenge an die Bedürfnisse des Praktikers hält. Die Auswahl der Receptformulare zeigt durchwegs den erfahrenen Kenner der täglichen Bedürfnisse der Praxis. Selbstverständlich enthält der hübsch und solid ausgestattete Kalender auch alle übrigen üblichen Tabellen und Uebersichten. Bettelheim.

409. Zukunftsmedicin oder Anleitung sich selbst der beste Arzt zu sein, d. h. Krankheiten zu verhüten. Von G. (Hygin) Voigt. Leipzig 1877. Karl Scholtze. 5. Heft.

Wie der Titel schon andeutet, ein populäres Schriftchen, und so weit das vorliegende Heft erkennen lässt, im guten Sinne populär. Der erste Aufsatz desselben behandelt die „haarerzeugenden Mittel" und ihre für den Erfinder so vortheilhafte Wirksamkeit. Der zweite, welcher den Titel führt: Der Tabak als Genussmittel, bringt ein allen Rauchern zusagendes Plaidoyer für die Tabakspflanze. In dem Aufsatze: „die medicinischen Pfuscher und Quacksalber" werden die diplomirten und undiplomirten Meisterer der Natur hergenommen, welche mit heroischen Curen dem Kranken mehr schaden als nützen. Den Schluss endlich: „Einiges über die Natur des Bodens, in welchem wir wachsen", behandelt den Einfluss von Klima, Lebensweise und Diät, von Kindespflege und Erziehung, sowie manche andere Factoren auf das Wohlsein der Menschen. Das Büchlein liest sich recht gut. Popper.

410. Vom Gebrauche der alkoholischen Getränke im Allgemeinen und dem Saint-Raphaelweine insbesondere. Von Bouchardat. Paris. J. B. Baillière et fils.

Verf. geht von der bekannten Thatsache aus, dass Zusammensetzung und Wirkung des Weines von denen anderer alkoholischer Getränke verschieden ist, und schreibt namentlich dem Tanningehalte des Weines einen günstigen Einfluss auf die Verdauung zu. Ein tanninreicher

Digitized by Google

und dabei sehr angenehm schmeckender Wein ist der Saint-Raphael, der in den Spitälern von Paris als Ersatz oder Concurrent des Chinaweines im Gebrauche steht. Ueber den durchschnittlichen Alkoholgehalt einer Reihe von Weinen gibt Bouchardat folgende Tabelle:

Rother Nuits 1846	13·5 Percent,
Weisser Mont-Rachet 1846 . .	14 „
Rother d'Avallon 1834 . . .	11·14 „
Rother Cahors 1811	12 „
Weisser Cahors	12·33 „
Weisser Chablis	12·54 „
Rother Bordeaux 1841	10·10 „
Weisser Sauterne.	15 Percent,
Saint-Raphael	15·16 „
Hermitage	11 „
Moussirender Sillery. . . .	9—11 „

Popper.

411. Grundriss der Geburtshülfe für praktische Aerzte und Studirende. Von Dr. Ludwig Kleinwächter, Professor an der Universität Prag. Wien, 1877. Verlag von Urban und Schwarzenberg.

Der Verfasser hat es sich zur Aufgabe gemacht, den Studirenden, die in der Fachbildung noch nicht so weit vorgeschritten sind, um das ganze Gebiet zu übersehen, den Aerzten am Lande, die alle medicinischen Zweige gleichzeitig zu betreiben gezwungen sind und denen die Zeit zum Studium grösserer Werke mangelt, ein Buch über Geburtshülfe in die Hand zu geben, worin sie sich rasch orientiren und ohne besonderen Zeitverlust ihr Wissen ergänzen können. Deshalb nennt er sein Werk Grundriss und vermeidet die Literaturangaben und Anführung von Hypothesen und hält sich blos an das Bestimmte und Unumstössliche. Es ist ihm auch vollkommen gelungen, in dem 428 Druckseiten enthaltenden Buche dem Studirenden und praktischen Arzte Alles das zu sagen, was er wissen soll und muss.

In der anatomischen Einleitung erwähnt er das Becken in kurzen Worten und hebt als wichtig hervor die genaue Kenntniss der Maasse, die er sowohl im Meter- als auch im alten Wiener Maasse anführt.

Bei Behandlung der Physiologie des Generations-Vorganges, und zwar der der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, stellt er sich auf den Standpunkt der neuesten Forschungen und wir finden hier in gedrängter Kürze zusammengestellt, was bis in die neueste Zeit der Fleiss der Gelehrten geschaffen. Ueberall ist der mikroskopischen Anatomie vollständig Rechnung getragen. Der physiologische Theil ist mit tiefem Verständnisse geschrieben, die Sprache ist fliessend und anziehend, so dass beim Abschlusse eines Capitels der Leser mit Leichtigkeit über schwierige Pfade hinweggeführt ein klares Bild vor sich hat.

Digitized by Google

Den Geburtsverlauf der Erstgebärenden — als einen typischen und von dem der Mehrgebärenden verschiedenen — beschreibt er zuerst. Er verwirft die Eintheilung des Geburtsverlaufes in mehreren Perioden und fasst denselben blos als einen Act auf, der mit der ersten Wehe beginnt und mit der Austreibung der Nachgeburt schliesst. Wir halten es für keinen Fehler, wenn andere Autoren gewisse Vorgänge, die in bestimmter Ordnung folgen, zu Gruppen zusammenfassen und als Geburtsepochen bezeichnen; es ist eben die Eigenart der Autoren sich den Lesern möglichst verständlich zu machen. Kleinwächter, der es liebt, für einen bestimmten Gegenstand das gesammte Materiale zusammenzufassen und zu bearbeiten, ist sich auch bei diesem Capitel treu geblieben, und dadurch erscheint der bearbeitete Gegenstand vollständig, wie aus einem Guss: ein abgerundetes Ganze.

Wir finden im „Grundriss" Lehren vertreten, die theilweise von denen der Wiener Schule abweichen; für den Lernenden und den praktischen Arzt ist es nicht nur erfreulich, sondern sogar nothwendig, auch die Ansichten anderer Schulen zu hören, um sich selbst ein endgiltiges Urtheil zu bilden und zu dieser oder jener Methode zu greifen.

Der Gerichtsarzt findet bei Besprechung der Diagnose des Wochenbettes und bei Beschreibung der Leiche des Neugeborenen brauchbare Winke; der praktische Arzt eine gute Anleitung zur künstlichen Ernährung des Neugeboreneu.

Meisterhaft ist die Pathologie und Therapie des Generations-Vorganges geschrieben. Hier rückt der Verfasser dem praktischen Arzte recht nahe. Die Auffassung der pathologischen Processe und die Einfachheit und Klarheit in der Therapie zeigen von umfassender literarischer Bildung und reicher Erfahrung des Verfassers. Er steht für seine Therapie mannhaft ein, unbekümmert um die Ansichten Anderer, und versteht es, den Leser durch Argumente für seine Meinung zu gewinnen.

Nicht unerwähnt lassen kann ich einige Instrumente, die häufig von Wiener Schülern gebraucht werden, die aber Verf. nicht empfiehlt. Es sind der Kolpeurynter, der Cranioclast und der C. Braun'sche Schlüsselhacken. Der erste sei mässig gefüllt ohne Nutzen, stark aufgespreizt werde er lästig und durch Tenesmus zum Platzen gebracht oder herausgetrieben. Den Cranioclast verwirft Verf. als ein aus der alten Rüstkammer hervorgezogenes Instrument, das entweder überflüssig, oder zum Zwecke der Extraction des perforirten Schädels nicht vollkommen sicher sei. Dafür spricht er dem Kephalotryptor lebhaft das Wort. Den Schlüsselhacken von C. Braun empfiehlt er ebenfalls nicht, indem er die Rückwirkung der Kraft auf die Muskelwand des Uterus nicht für gleichgiltig hält, und substituirt für ihn die Dubois'sche Knochenscheere. Wer öfters Gelegenheit hat, die genannten Instrumente zu handhaben, wird sich sein eigenes Urtheil bilden.

Ich habe mit grosser Befriedigung das Werk zu Ende gelesen,

Digitized by Google

stelle demselben eine günstige Prognose und glaube dasselbe den Studirenden und den Collegen am Lande zur Recapitulirung bestens empfehlen zu können; ich zweifle nicht, dass sie mit mir dem Verf. für seinen streng wissenschaftlichen Vortrag und klare und fesselnde Darstellung des Gegenstandes den besten Dank wissen werden.

Das Werk ist ausgezeichnet ausgestattet, Druck, Papier und Einband lässt nichts zu wünschen übrig und macht der wohlbekannten und beliebten Verlagsbuchhandlung alle Ehre. Der Preis des Buches ist ein mässiger. Fink.

Medic. Klinik, allg. Pathologie, Pädiatrik, Psychiatrie.

412. Ueber arhythmische Herzthätigkeit. Von Prof. H. Nothnagel. (Deutsches Arch. f. klin. Med. 17.)

N. unterscheidet vier Formen von sogenannter „Arhythmia cordis", welche übrigens häufiger in Begleitung verschiedener pathologischer Zustände, als gerade im Gefolge der eigentlichen Herzkrankheiten beobachtet werde. Diese Formen sind: a) Pulsus bigeminus, auf je 2 Pulse folgt eine längere Pause und (die ebenfalls von Traube beschriebene Abart desselben, der) pulsus alternans (auf einen hohen Puls folgt ein niedriger, der von dem nächstfolgenden hohen Puls durch eine kürzere Pause getrennt ist als von dem vorhergehenden). Beide nach Traube von übler prognostischer Bedeutung. b) Periodische Irregularität. Hierbei lässt sich in der Arhythmie eine gewisse Periodicität erkennen, und zwar derart, dass entweder die Frequenz der Herzactionen in grösseren Intervallen, alle halbe oder ganze Minuten (in einer Minute 80, in der folgenden 110 Pulsschläge) oder aber in kleinen, regelmässig wiederkehrenden Perioden schwankt (z. B. 3 ziemlich hohe und in gleichen zeitlichen Abständen wiederkehrende Pulse, an welche sich wieder 3 unter sich gleiche, aber gegen die früheren niedrigere und schneller auf einander folgende Pulse, dann eine längere Pause und nun wieder die erste Trias anschliessen). Auch kann sich die Irregularität auf den Unterschied in der Höhe und Spannung der Herzactionen (Pulsschläge) beziehen, während die zeitliche Aufeinanderfolge wenig oder gar nicht verändert ist. c) Vollständige Irregularität, das Delirium cordis Bouillaud's, wobei die Herzschläge ganz regellos aufeinander folgen und auch die Höhe und Spannung eine stets wechselnde ist. d) Herzintermittenzen, wobei von Zeit zu Zeit eine Pulswelle vollständig ausfällt. Man unterscheidet hier die wahre von der falschen Intermittenz, d. h. jene Form, bei der auch der Herzschlag ausfällt, von derjenigen, wo letzterer nicht, wohl

Digitized by Google

aber der (Radial-) Puls ausfällt, und wo man also trotz des fehlenden Radialpulses am Herzen einen systolischen und diastolischen Ton hört. Diese falsche Intermittenz beobachtet man bekanntlich auch unabhängig von Mediastino-Pericarditis und von der Inspiration (pulsus paradoxus von Kussmaul) und hört im Momente der Pulspause einen viel schwächeren systolischen und diastolischen Ton, so dass es nahe liegt, anzunehmen, dass die Ventricularsystole in dem betreffenden Momente schwächer sei und dass diese Form den Uebergang zur wahren Pulsintermittenz bilde. In seltenen Fällen der wahren Herzintermittenz können sogar 2 und auch mehr Pulse ausfallen. Es kann dieses Ausfallen des Pulses mit einer gewissen Regelmässigkeit (jeder 3., 4. oder 6. Schlag fällt aus) oder ohne solche erfolgen (einmal nach 5, dann nach 3 oder 7 oder 2 Schlägen fällt einer aus, dann 50—100 Schläge nicht etc. etc.). Nach dem Ausfalle eines Schlages bleibt aber der Rhythmus dann unverändert und bleibt auch in der Qualität der Puls gewöhnlich unverändert.

Arhythmie des Herzens kommt vor in Folge Einwirkung gewisser medicamentöser Substanzen (Atropin, Secale, Aconitin, Chinin, Chloroform, Calabar, Arsenik etc.), ferner:

1. Bei Gehirnkrankheiten. Bei Meningitis simplex und tuberculosa; gewöhnlich während der Periode des zunehmenden Hirndruckes, selten noch ehe sich andere Drucksymptome einstellen, wird der Puls langsamer, aussetzend, auch vollständig intermittirend. Der Puls kann bei der Meningitis auch vollständig irregulär werden, und zwar zumeist zu jener Zeit, wo die Pulsretardation einer bedeutenden Pulsfrequenz Platz gemacht hat. Eine periodische Irregularität (z. B. einmal 80, dann wieder 110—130 Schläge in der Minute) kommt ebenfalls bei der Meningitis vor. Sehr viel seltener kommt — abgesehen von der commotio cerebri — bei anderen Cerebralerkrankungen (apoplectischer Insult, Gehirntumoren) Herzarhythmie vor. 2. (Selten) bei Erkrankungen (Druck von Tumoren etc.) des Vagusstammes. 3. In Folge psychischer Einflüsse und 4. kalter Bäder. 5. Bei Dyspepsie, Leberkrankheiten. 6. In und nach der Krise acuter fieberhafter Krankheiten, nach der Krise vielleicht deshalb, weil der abnorme (Fieber-) Reiz plötzlich entfällt. 7. Als Initialsymptom fieberhafter Krankheiten bei sehr herabgekommenen Individuen. 8. Im Verlaufe protrahirter fieberhafter Krankheiten — das „Delirium cordis" im Typhus meist mit dem allgemeinen Collaps zusammenfallend, ist von übelster prognostischer Bedeutung, was von der einfachen Intermission und der periodischen Irregularität nicht gilt. 9. Bei Anämie, besonders nach starken Blutverlusten. 10. Bei fettig degenerirtem rechten Herzen in Folge langwieriger Bronchialkatarrhe. 11. Bei Asphyxien (Larynxstenosen). 12. Bei Atherom der Kranzarterien bei Greisen. 13. Bei Herzneurosen (auch Chorea). 14. Bei übermässigem Genuss von Kaffee, Thee

Digitized by Google

und besonders Tabak. 15. Bei der Angina pectoris. 16. Bei organischen Herzkrankheiten. Bei allgemeinen Kachexien kommt es wohl deshalb nicht zur Arhythmie, weil conform mit der abnehmenden Leistungsfähigkeit des Herzens auch die zu bewegende Blutmenge abnimmt.

Die an Arhythmie leidenden Personen nehmen nur zuweilen wahr, dass ihre Herzaction unregelmässig ist. Manchmal, namentlich beim intermittirenden Pulse, können die Kranken genau angeben, wann ein Puls ausfällt, eine längere Pause ist ihnen oft sehr peinlich.

Unter wie vielen wechselnden Bedingungen die Arhythmie auftritt, jedenfalls kommt sie um so leichter zu Stande, je mehr eine Erschöpfung und Ermüdung des Herzmuskels vorhanden ist: kenntlich auch durch geringere Spannung, leichtere Unterdrückbarkeit, oft auch durch eine geringe Höhe der Pulswelle. Meist werden dabei die Momente, welche die Leistungsfähigkeit des Herzmuskels herabsetzen, auch auf die gangliösen Apparate des Herzens schädlich einwirken.

Erwähnt mag noch werden, dass die Arhythmie auch bei Erhöhung des Blutdruckes vorkommt, aber nur wenn die Druckerhöhung rasch zu Stande kommt (kaltes Bad, Plethora serosa nach reichlichen Mahlzeiten bei Leuten, die auch sonst an Arhythmie leiden). Bettelheim.

413. Zur Lehre von der arhythmischen Herzthätigkeit. Von Franz Riegel. (Deutsch. Arch. f. klin. Medic. 18.)

Der von Traube sogenannte „pulsus bigeminus", bei dem auf je 2 im Aortensystem entstehende Pulse — also auf je 4 Herztöne — eine längere Pause folgt, unterscheidet sich wesentlich vom „Pulsus dicrotus", bei dem auf je 2 Pulsactionen nur eine Herzaction (2 Herztöne) kommen. Traube beobachtete den „pulsus bigeminus" zuerst bei curarisirten Thieren, bei denen die künstliche Athmung bis zum beginnenden Absterben des l. Ventrikels suspendirt war. Es tritt, sagt Traube, dabei unter steigender Spannung des Aortensystems eine starke Erregung (d. h. Verminderung der Pulsfrequenz und Erhöhung des Pulses), später eine Lähmung des spinalen Hemmungsnervensystems (Zunahme der Pulsfrequenz, Abnahme der Arterienspannung [Pulsus bigeminus]) ein. Unabhängig vom spinalen Hemmungsnervensysteme (d. h. bei Athmungssuspension bei durchschnittenen Vagis) fand Traube den Pulsus bigeminus unter ähnlichen Umständen, d. h. auch nachdem die Arterienspannung beträchtlich gesunken ist und kurz bevor unter beträchtlicher Abnahme der Pulsfrequenz die niedrigen, dem Absterben des l. Ventrikels vorhergehenden Pulsus tardi zum Vorscheine kommen; endlich fand er den Pulsus bigeminus jedesmal dann, wenn bei einem Thiere, dem man eine Substanz beigebracht hatte, welche erregend auf das gesammte Hemmungsnervensystem des Herzens wirkt, kurz nach der Vergiftung die Vagi durchschnitten werden. Zum Zustandekommen des Pulsus bigeminus

Digitized by Google

war also nach Traube immer nöthig: 1. dass das Herz dem Einflusse des spinalen Theiles des Hemmungsnervensystemes entzogen war und 2. dass ein Agens im Blute circulirte, welches den Erregungszustand des noch wirksamen cardialen Theiles des Hemmungsnervensystemes zu steigern vermag. Umgekehrt schloss demnach Traube aus dem Pulsus bigeminus am Krankenbette auf eingetretene Lähmung des spinalen Hemmungsnervensystemes und gesteigerte Erregung des cardialen Hemmungsnervensystemes und stellte bei diesem Pulse demgemäss eine schlechte Prognose.

1872 beschrieb Traube eine Abart des Pulsus bigeminus, den „pulsus alternans", bei dem regelmässig auf einen hohen ein niedriger Puls folgt, aber so dass dieser letztere von dem nächstfolgenden (hohen) durch eine kürzere Pause geschieden ist als von dem hohen Pulse, der ihm vorhergeht. In dem Traube'schen Falle (Arteriosklerose und Hypertrophie des l. Ventrikels bei einem Potator) war dieses Phänomen wenigstens zum Theile Wirkung der Digitalis, welche ja nach Traube erregend auf das Hemmungsnervensystem des Herzens wirkt. Dass der spinale Theil des Hemmungsnervensystemes dieses Kranken erheblich an Energie eingebüsst hatte, wurde daraus gefolgert, dass der Patient trotz der verbrauchten ansehnlichen Digitalisquantität noch eine Pulsfrequenz von 108 zeigte.

Seitdem haben ähnliche Beobachtungen (aus dem Jahre 1874) veröffentlicht: Stricker, Fraentzel und Henoch. In Stricker's (Potator mit Pleuropneumonie) und Fraentzel's Fall (grosses pericardiales Exsudat im Verlaufe eines acuten Gelenksrheumas, wobei nach Fraentzel das Herz dem spinalen Theile seines Hemmungsnervensytemes durch die gewaltige Zerrung entzogen gewesen wäre, welche die betreffenden Nerven bei ihrem Durchtritte durch den mit Exsudat erfüllten Herzbeutel erfahren haben, während der cardiale Theil dieses Hemmungsnervensystemes durch die Kohlensäureanhäufung im Blute in seinem Erregungszustande gesteigert gewesen wäre) ist die wegen dieser Pulsbeschaffenheit gestellte schlechte Prognose Lügen gestraft worden. In dem Henoch'schen Falle (7 Jahre altes Kind mit Diphtheritis) war der Puls schon bei der Aufnahme arhythmisch und ging nach der Tracheotomie für einige Tage in den pulsus alternans über. Bei diesem Kinde war keine Digitalis zur Verwendung gekommen; bei der Section fand man keine Läsion an den Vagis, wohl aber Herzverfettung, bei welcher letzteren man aber bisher den Pulsus bigeminus noch nicht beobachtet hat. —

In R.'s Fall (circumscripte Peritonitis) war ebenfalls Digitalis nicht gegeben worden. Bei dem Kranken war schon vor seiner Aufnahme in's Spital Irregularität des Pulses beobachtet worden, im Spitale selbst anfangs nicht. Zwei Tage nach Ablauf sämmtlicher Krankheitserscheinungen fiel R. ein Wechsel in der Grösse des Pulses auf: es folgten sich regelmässig hohe und niedrige Pulse in der Art, dass auf einen niedrigen Puls

Digitized by Google

ein hoher folgte, der von dem nächstfolgenden durch einen längeren Zwischenraum geschieden ist als von dem vorhergehenden. Die jeweilige längere Descensionslinie fällt noch auf durch ihren langsamen Abfall.

Die Arterie wurde also hier (analog dem Traube'schen pulsus alternans) zuerst in normaler Weise erweitert; während sie aber noch mitten in der dieser Erweiterung folgenden Zusammenziehung begriffen ist, kommt bereits lange vor beendeter Arteriencontraction eine neue Blutwelle vom Herzen, die die Arterie wieder erweitert; erst nach dieser zweiten Arteriendiastole folgt dann eine vollständige Arteriensystole, während die vorangegangene Arteriensystole als eine unterbrochene, unvollständige erscheint.

Ein Unterschied mit dem pulsus alternans von Traube besteht eben deshalb darin, dass in R.'s Fall die Gipfelpunkte der (grossen und kleinen) Pulse zusammenfielen, bei Traube aber die Punkte der Curvenbasis. Deshalb könne auch, meint R., die Traube'sche Curve nicht in der obigen Weise erklärt werden, sondern müssen wirklich starke und schwache Herzcontractionen auf einander gefolgt sein.

In R.'s Fall lag die Anomalie darin, dass bei jedem zweiten Schlage eine Welle bereits ankam, bevor das Arterienrohr noch seine Contraction beendet hatte. Der Puls dieses Kranken zeigte an demselben Tage noch viele andere Abweichungen bis zur vollständigen Unregelmässigkeit. Schon an dem der Curvenabnahme folgenden Tage zeigte der in seiner Reconvalescenz ungestört fortschreitende Mann keinerlei Pulsirregularität und weiss R. wohl nicht, ob dieses nur einen Tag dauernde Pulsphänomen mit der vorangegangenen Peritonitis im Zusammenhang stand, ist aber geneigt, es anzunehmen, da sowohl Jürgensen als Nothnagel Pulsarhythmie in und nach der Krise bei fieberhaften Affectionen (Pneumonie, Erysipel) beschrieben haben. Keinesfalls aber erlaubte R.'s Fall die (prognostisch maligne) Deutung (Traube), dass es sich um Lähmung des spinalen Lähmungscentrums und gesteigerte Erregung des cardialen Hemmungsnervensystemes gehandelt habe.

Der obigen ganz analoge Beobachtungen hat R. nur noch zweimal bisher (in einem Falle von Myelitis und durch 2 Tage in einem Falle von acutem Gelenksrheumatismus mit Mitralinsufficienz) machen können. In dem letzteren Falle zeigte sich an dem absteigenden Schenkel der Curve (entsprechend einer neuen, vom Herzen kommenden, jedoch schwächeren Blutwelle) ein neuerliches (zuweilen sogar dreimaliges) Wiederansteigen.

Bettelheim.

414. Ein Herz mit nur drei Höhlen. Von S. Messenger, Bradley. (Brit. medic. J. 1873. Schmidt's Jahrb. 1876.)

Dieser Fall ist besonders auffallend deshalb, weil wohl Fälle nach dem Typus der Fischbildung mit nur zwei Höhlen (Vorhof und Ventrikel) mehrfach verzeichnet sind, aber nur wenig Fälle wie der vorliegende mit 2 Vorhöfen und 1 Ventrikel (Batrachiertypus).

Digitized by Google

Ein Kind, welches diese Missbildung zeigte, schien anfangs ganz gesund zu sein, nur dass es von Anfang an etwas hastig athmete. Das Kind lebte im Ganzen 54 Stunden und hatte erst nach Verlauf von 27 Stunden beträchtlichere Störungen (Cyanose, Erstickungsanfall) bekommen. — Das Herz zeigte sich normal gelagert und von normaler Grösse, bestand aber nur aus 2 Vorhöfen, einem unverhältnissmässig grossen rechten und einem sehr kleinen linken, und einem einzigen Ventrikel, dessen linke Wandung jedoch doppelt so dick war als die rechte. Die Atrioventricularklappe glich mehr einer Mitralis als einer Tricuspidalis und gehörte blos dem rechten Vorhofe an; keine Andeutung eines Septum ventriculorum. Aus dem einfachen Ventrikel entsprang rechts und vorn ein sehr umfanglicher Gefässstamm, an dessen Basis 3 halbmondförmige Klappen sassen; die beiden Hohlvenen mündeten in den rechten, die Lungenvenen in den linken Vorhof. Das Foramen ovale stand weit offen. Der aus dem Ventrikel abgehende grosse Gefässstamm gab $1^1/_2$" vom Herzen entfernt, nach rechts und sehr wenig höher nach links eine art. pulmonalis ab, dann verlief der Stamm weiter als ein die gewöhnl. Aeste abgebender arcus aortae.

Die Circulation erfolgte also so, dass das Blut aus Ventrikel und dem grossen Gefässe zuerst in die 2 artt. pulmonales kam, die Lungen durchströmte, durch die Venae pulmonales den linken Vorhof erreichte, von da durch das Foramen ovale in den linken Vorhof und von diesem in den Ventrikel gelangte; der grössere Theil des in den Ventriculargefässstamm eintretenden Blutes verbreitete sich durch die Verästelungen der Aorta im ganzen Körper und kehrte durch die Hohladern in den rechten Vorhof und die Kammer zurück. — Dieses Herz muss als Hemmungsbildung aus der 9. Woche des Uterinlebens angesehen werden, wo Aorta und Pulmonalarterie zusammen Ein Rohr bilden, das sich erst weiterhin in 2 theilt, für den rechten und linken Ventrikel. Doch fehlte hier das sonst in der 9. Woche bereits angedeutete Septum ventriculorum und war das sonst zu dieser Zeit noch fehlende Septum atriorum gehörig entwickelt. Bettelheim.

415. Zur Pathogenese der Herzhypertrophie. Von Dr. Berthold Stiller in Budapest. (Wr. medic. Wochenschrift. 1876.)

W. K., 60 J. alt, Hausirersfrau, wurde am 21. December 1874 im Pester israelitischen Spitale mit Hämoptoe aufgenommen. Körperbau ziemlich kräftig, Thorax nicht von paralytischem Habitus. Sie hatte wohl häufig gehustet, doch bis vor zwei Tagen nie Blut ausgeworfen. Die Hämoptoe ist reichlich, von starkem Husten und Dyspnoe begleitet, Herzaction lebhaft, Fieber nicht vorhanden. Einen zureichenden Grund für das Blutspucken boten weder die Lungen (diffuse feuchte Rasselgeräusche, aber durchaus sonorer Schall bei normalen Grenzen), noch das Herz (heftige, etwas beschleunigte Contractionen, keine deutlich vergrösserte Dämpfung, noch irgend eine Abnormität in den Tönen). Pat. starb in derselben Nacht unter den Zeichen des Lungenödems.

Die Section ergab im Wesentlichen Folgendes: Schleimhaut der Bronchien dunkelgeröthet, geschwellt, aus den kleinen Zweigen Eiterpfröpfe ausdrückbar. Linke Lunge mittelgross, pigmentreich, lufthaltig, von mittlerem Blutgehalte; im unteren Lappen zwei apfelgrosse, bis an die Pleura reichende schwarze, brüchige Herde. Rechte Lunge voluminöser, enthält eine grosse Menge blutig schaumigen Serums. Herz zwei Faust gross, Substanz fahl, ungemein zerreisslich, mit Sehnenflecken versehen; linke Ventrikelwand $^1/_2$" dick, rechte dünn, schlaff, beide Herz-

Digitized by Google

kammern erheblich erweitert; rechter Ventrikel und Atrium enthält fest geronnenes Fibrin und locker geronnenes Blut. Die Klappen durchaus normal, blos an zwei Semilunarklappen der Aorta kleine, gelbliche, härtliche Pünktchen eingesprengt. An der etwas ausgedehnten Aorta nicht weit von den Klappen einige oberflächliche gelblich-härtliche Stellen. Leber gross, an der Oberfläche ausgedehnte Sehnenflecke, Substanz gelblich-braun, brüchig, von mittlerem Blutgehalte. Milz grösser, derb, blutreich, Vena lienalis stark ausgedehnt. Linke Niere sehr gross, blutreich, Substanz dunkelgeröthet; rechte Niere und Ureter fehlt.

Es zeigte sich also, dass die Hämoptoe auf hämorrhagischen Lungeninfarcten beruhte (wie gewöhnlich, am Krankenbette nicht nachweisbar). Die Infarcte mussten auf Emboli aus Thromben des rechten Herzens zurückgeführt werden (ihre Grösse und mehr runde als keilförmige Gestalt sprachen dafür). Ein Klappenfehler war weder in vivo noch an der Leiche nachzuweisen. Und doch waren beide Herzhälften dilatirt, das linke Herz auch hypertrophisch: das ganze Organ fettig entartet.

Es lag nahe anzunehmen, dass es der Defect der einen Niere war, der durch Ausfall eines mächtigen Capillargebietes das Herz zwang, die ganze Blutmasse durch eine einzige Niere zu führen und dadurch die Widerstände für den Abfluss des Blutes aus dem Aortensysteme und also die Arbeit des linken Herzens schon vom Fötalleben angefangen, wesentlich vermehrte. Bei Defect einer Niere muss der mechanische Effect ein ganz analoger sein, wie bei Schrumpfung der Nieren: ein Ausfall einer grossen Menge Capillaren und dadurch erhöhte Ansprüche an die Arbeitskraft des linken Herzens. Die bedeutende Dilatation des rechten Herzens ist dann eine natürliche Folge der endlich nothwendig eintretenden Abschwächung, Dilatation und Degeneration des linken, welches das Blut aus den Lungen genügend abzuführen endlich nicht mehr im Stande ist. Die Stagnation im kleinen Kreislaufe nämlich fordert den rechten Ventrikel zu erhöhter Arbeit auf, er hypertrophirt, um endlich mit der Zeit ebenfalls dem Schicksal bleibender Compensationsstörung zu verfallen.

In der Literatur fand St. nur einen analogen Fall bei Rokitansky (1859), einen solchen bei Storch (1863) und eine experimentelle Bestätigung bei Beckmann (1858), der nach Unterbindung eines Ureters beim Hunde Herzhypertrophie fand.

Verf. schliesst also, dass die directe oder indirecte Ausschaltung einer Niere aus dem Kreislaufe zu Hypertrophie des linken Herzens mit all ihren Consequenzen führen kann oder muss, wenn nur hinreichend Zeit dazu gegeben ist. Bettelheim.

416. Ein Fall vor Endarteriitis acuta der Aortenklappen und der Aorta ascendens im Kindesalter. Von Dr. Heydloff. Deutsche Zeitschrift für prakt. Med. 13, 1876.

Dr. Heydloff berichtet über einen Fall von acuter Aortenerkrankung bei einem 11 Jahre alten Knaben, der auf der Klinik von Prof. Th. Weber (Halle) zur Beobachtung kam.

Man wurde auf die Erkrankung des Kindes zum ersten Male auf-

Digitized by Google

merksam, als es bei einer anstrengenden Arbeit (Eishacken) plötzlich von einem heftigen Schmerze im rechten Auge ergriffen worden war und in der nächsten Viertelstunde das klinische Bild einer Embolie der Art. fossae Sylvii darbot (Bewusstlosigkeit, Hemiplegia d.)

An der Herzspitze hörte man ein systolisches, langgezogenes Blasegeräusch, welches gegen die Aorta hin an Intensität zunahm und auch in beide Carotiden fortgeleitet wurde.

Die Milz war beträchtlich vergrössert.

Der Puls der Art. radialis sin. war voller als der der dextra, der der Art. Carotides verhielt sich umgekehrt. Einem zweiten embolischen Anfalle, einige Wochen später, erlag der Kranke.

Bei der Obduction fand man: Embolie der Art. fossae Sylvii sin. und die ihr entsprechenden Veränderungen (Erweichungsherde im Gehirne), Milzinfarct.

Der linke Herzventrikel war activ dilatirt, die Aortenklappen etwas verdickt aber schliessend, ihre Oberfläche, höckrig, zeigte an der Ventrikelseite einige kleine, blassrothe, flottirende Vegetationen, dicht über den Klappen war die Aortenwand verdickt.

Im aufsteigenden Theile der Aorta zahlreiche, bis 1 Ctm. lange, flottirende, mit einer aufgewulsteten Basis auf der Intima haftende Vegetationen, welche 2 Ctm. weit nach aufwärts von den Klappen und von dieser Stelle durch eine intacte Zone getrennt, auch im Arcus Aortae, ganz besonders in der Umgebung der Carotis sin. vorhanden sind.

Es handelte sich dabei nicht um einen Wucherungsprocess im Bindegewebe der Intima, wie beim atheromatösen Process, sondern um eine Auflagerung auf der Intima, welche nur an einzelnen Stellen zu einer kleinzelligen Infiltration der elastischen Intima geführt hat.

Der Befund wird als eine Aortitis eigener Art gedeutet, welche mit dem atheromatösen Process durchaus nicht identisch ist.

Eisenschitz.

417. Durchbruch einer Caverne in den Wirbelcanal. Von Dr. G. v. Dall' Armi. (Aerztl. Intell.-Bl., 1876, 36.)

E. R., 20 J. alt, leidet seit September 1874 an Husten mit copiösem, schleimigem Auswurf und Stechen in der rechten Seite. Mitte October Schmerzen im rechten Arme und Rücken, die sich allmälig verminderten, hierauf (später durch Elektricität fast gänzlich geheilt) Lähmung des rechten Armes. Jänner 1875 Schmerzen im linken Arme; an den untern Extremitäten und weiter auch am Rücken und den obern Extremitäten Ameisenkriechen, Zucken und Zittern. Mitte Jänner 1875 war bereits vollkommene Unbeweglichkeit vorhanden. Bei Hustenbewegungen spürte die Kranke ein Rasseln in der rechten Thoraxhälfte. Bei ihrer Aufnahme am 2. Februar 1875 trat die Abmagerung besonders stark an den Armen hervor, und zwar war die Streckmusculatur des r. Vorderarmes, Daumen- und Kleinfingerballens vorwiegend betroffen. Die ausgestreckten Hände gerathen in ziemlich starken Tremor, rechts stärker, die groben Bewegungen der obern Extremitäten sind jedoch gut. Die Ernährung der unteren Extremitäten etwas besser als die der oberen; die groben Bewegungen sehr unvollkommen, besonders

Digitized by Google

rechts; auch bei vorhandener Unterlage leichtes Zittern; passive Bewegung ist nicht schmerzhaft, passive Flexion des Fusses erregt starke Zuckungen. Von den Rippenbogen nach abwärts gibt die Kranke ein Gefühl von Taubheit an, für leise Berührungen ist im selben Bezirk die Sensibilität vermindert, beides rechts mehr als links. Vom Nabel abwärts wird bei 15—20 Cm. Abstand zweier Zirkelspitzen nur ein Eindruck, selten zwei angegeben. Reflexerregbarkeit an den Unterschenkeln ist sehr erhöht. Den faradischen Strom empfindet die Kranke bei folgenden Rollenabständen: Vorderarm links 9, rechts 10, Brust links 12, rechts 13, Unterbauchgegend links 13, rechts 14, Unterschenkel links 14, rechts 15. (Bei einer Gesunden ergaben sich Rollenabstände zwischen 6 und 9.) Die far. Contractilität der Muskeln überall erhalten, nur am rechten Daumenballen schwächer als links. Rechte Pupille etwas weiter als die linke. Das rechte Gaumenthor ist etwas weiter als das linke, letzteres steht etwas tiefer, Uvula weicht mit der Spitze nach links ab. Die Bewegungen des Kopfes von vorn nach hinten werden schlecht ausgeführt, passive Bewegungen in derselben Richtung erregen Schmerzen in der Gegend des ersten Brustwirbels. Die ersten drei Brustwirbel, besonders der erste, sind bei Druck auf die Dornfortsätze schmerzhaft. —

Die Supraclaviculargrube l. eingesunken, r. verstrichen, und daselbst stärkere Resistenz und tympanitischer Schall; am obern Rande des Cucullaris kann man durch Druck hie und da ein Quatschen erzeugen. Vorwiegend Zwerchfellathmen, der Thoraxeingang bewegt sich bei tiefem Athmen l. etwas mehr als r., voller Schall, r. etwas kürzer, leicht tympanitisch. An der rechten Spitze kürzerer Schall. Athmungsgeräusche vorn r. scharf vesiculär von Rasselgeräuschen begleitet, blos an der rechten Spitze bronchiales Athmen, daselbst ist die Percussion schmerzhaft.

Die Kranke kann nur mit vieler Mühe emporgehoben werden, sie selbst kann sich activ nicht betheiligen. Sie klagt vorwiegend über grosses Schwächegefühl, Zittern, Kältegefühl in den Füssen, Unfähigkeit sich zu bewegen. Appetit ist ziemlich gut, Stuhl angehalten. Das Uriniren fällt stets beschwerlich, sie muss sich einige Zeit anstrengen.

Hie und da leichte Schweisse (stark nur an der behaarten Kopfhaut rechts am Hinterhaupte). Das Quatschen in der rechten Suprascapulargegend wird bald stärker, bald schwächer, Ende Februar reicht es auf der Schulterhöhe genau bis zu den Dornfortsätzen, nach abwärts ist es schwächer noch bis zum Angulus scapulae zu fühlen.

Befund am 13. April: tympanitischer Schall mit Höhenwechsel bei Oeffnen und Schliessen des Mundes; in der Höhe der 3. Rippe wird der Schall deutlich tiefer und metallisch klingend und bleibt so bis zur untern Lungengrenze, Bronchialathmen von der 3. Rippe ab mit grossblasigen, metallischen Rasselgeräuschen, die nach der Basis zunehmen. Stimmvibrationen in der ganzen Ausdehnung der rechten Lunge verstärkt, besonders zwischen 3. und 5. Rippe. Rechts oben hinten tympanitischer Schall, unten leerer, sonst wie vorne. Bronchophonie in der Ausdehnung der rechten Lunge.

20. April klagt Kranke über Schmerzen beim Schlingen; Gaumenbögen, Uvula, hintere Rachenwand geröthet und leicht geschwellt. Unter Auftreten von Bronchial-Athmen und tymp. Schall L O und einer febris continua remittens, Behinderung der Bewegung des Kopfes, Schmerzen und Unbeweglichkeit der unteren Extremitäten nehmen die Kräfte der Kranken immer mehr ab und erfolgte der Tod am 5. Mai Die Section ergab: Nach Eröffnung des Rückgratcanals finden sich an der hintern knöchernen Wand Granulationen und zwischen denselben eitrig-schleimiges Secret. Vom 3. Hals- bis 2 Brustwirbel auf der Dura aufgelagert ähnliche Granulationen. Die Processus transversi des 7., 6 und 4. Halswirbels, die Köpfchen der 1., 2. und 3. Rippe von Periost entblösst, cariöser und necrotischer

Digitized by Google

Zerfall der Knochen. In der Regio supra-scapularis dextra gelangt man in eine mit Eiter gefüllte Höhle, die sich zwischen Rückgrat und Muskeln nach unten und oben fortsetzt. Nach Eröffnung des Durasackes erscheint das Rückenmark in den obern Theilen auffallend blass, in der Halsanschwellung dagegen sind venöse Gefässe stärker gefüllt. Auf der Innenseite der Dura Verdickung und stärkere Gefässentwicklung. Der Querschnitt des Rückenmarkes zeigt in der Höhe des 2. Halswirbels etwas tiefer eingesunkene Vorderhörner und zu beiden Seiten der Commiss. post. etwas gelbliche Färbung. In der untern Hälfte der Halsanschwellung zeigt das linke Vorderhorn graugelbliche Herde. Einige ähnliche Herde und perivasculäre Veränderungen finden sich im Brusttheil des Rückenmarks. An den Nerven der Cauda equina und dem letzten Theile der Lendenwirbelsäule dieselben Veränderungen wie oben. In der rechten Supraclaviculargegend lässt sich durch Fingerdruck Knistern hervorrufen. In der rechten Pleurahöhle ein dünnflüssiges eitriges Exsudat. Die r. Lunge zeigt im Innern ein System von Cavernen. Der rechte Oberlappen enthält keine Luft und ist von kleinen Knötchen und Cavernen durchsetzt. Rechter Unterlappen ähnlich beschaffen. Bronchialschleimhaut mit eitrigem Secret belegt, geschwellt, theilweise geschwürig zerfallen. Die Caverne an der rechten Lungenspitze ist mit der am Wirbelcanal erwähnten Abscesshöhle in Verbindung. In der l. Pleurahöhle wenig Flüssigkeit, im l. Oberlappen einzelne graue Knötchen, das gleiche vom Unterlappen, Bronchialschleimhaut geschwellt, geröthet. Leber fettig degenerirt.

Die Untersuchung des Auswurfes auf Knochenstückchen, wie Friedreich solche fand bei Durchbruch eines Abscesses in Oesophagus und Trachea, war erfolglos. Die Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen lassen sich ursächlich in zwei Gruppen theilen. Die zuerst auftretenden Schmerzen sind ohne Zweifel bedingt durch neuritische Processe bei gleichzeitiger Erkrankung der Meningen, während die späteren Lähmungserscheinungen auf die Herderkrankungen im Rückenmark zurückzuführen sind. Die grössere Weite der rechten Pupille ist vielleicht durch Reizung des Sympathicus zu erklären. Die Reflexerregbarkeit ist vermehrt, eine Andeutung von Analgesie vorhanden.

418. Intersusception der Luftröhre. Von Dr. Lang in Oehringen (Memorabilien, XXI. Jahrg. 11. Heft).

Ein 28jähriger Mann bestieg einen Baum, glitt mit den Händen ab und stürzte mit dem Kopfe nach abwärts, während er gleichzeitig mit den Füssen an den Aesten hängen blieb. — In dieser Lage machte er, da keine Hilfe vorhanden war, die ungeheuersten Anstrengungen, um seinen Oberkörper so hoch emporzuschnellen, damit er mit seinen Händen die Zweige des Baumes zu fassen bekomme. — Bei diesen Befreiungsversuchen stemmte er den Kopf auf die Brust an. Nach einer Stunde wurde er von dieser Lage erlöst. — Bald nach diesem Vorfalle stellten sich Athembeschwerden ein, die sich von Tag zu Tag steigerten und besonders dann ihren Höhepunkt erreichten und an Ersticken grenzten, wenn P. den Kopf nach vorne sinken liess. Hielt P. den Kopf aufrecht, das Kinn von der Brust entfernt, so milderten sich die Symptome und P. befand sich in einem erträglichen Zustande. Um eine solche Stellung leichter zu erhalten, liess man ihn eine hohe steife Cravatte tragen. —

Digitized by Google

Eine Diagnose konnte nicht gestellt werden, da auch durch Auscultation und Percussion nichts nachgewiesen werden konnte. (Eine Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel scheint nicht vorgenommen worden zu sein. Ref.) Dem Manne wurde unter solchen Umständen das Leben eine Qual und endete er dasselbe nach 10 Wochen langen Leiden durch einen Selbstmord im Wasser.

Die Section ergab Folgendes: Der Raum zwischen dem 2. und 3. Knorpel der Luftröhre war so ungewöhnlich erweitert, dass man nur an einen Bildungsfehler denken konnte. Die gedehnte und verlängerte Membran war zugleich erschlafft. Durch das Herabsenken des Kopfes gegen die Brust schob sich der untere Theil der Luftröhre in den oberen, der 3. Knorpelring unter den zweiten, wodurch die Erstickungsnoth verursacht wurde. Die Art und Weise einer solchen Einschiebung erklärt V. dadurch, dass der Kehlkopf sammt Ringknorpel mit eminenter Kraft nach unten gestossen, durch das Andrücken des Kopfes gegen die Brust, während die Luftröhre durch forcirte Exspirationsbewegungen entgegengestemmt wurde.

Nach Dr. Betz (Jahrb. der Kinderh., VII. Bd. 1865) soll bei Kindern eine Art Intersusception zwischen Zungenbein und Schildknorpel vorkommen, so dass sich der Schildknorpel unter dem Zungenbein einschiebt und den Tod verursacht. Dr. Betz will bei Laryngismus stridulus Derartiges beobachtet haben. Fixirung des Kopfes zur Vermeidung des Herabsinkens und eine eventuelle Tracheotomie wären, meint V., hier von gutem Erfolge gewesen. v Hüttenbrenner.

419. Ueber die Beziehungen der Lungencontusion zur Lungengangrän. Von Hanot. (Le Progrès médical Nr. 14, 1876. Allg. med. Central.-Zeit. 1876 — 40.)

H. schliesst aus eigenen und drei fremden Beobachtungen, dass durch Lungencontusionen sowohl Gangrän der Pleura, als auch des Lungengewebes entstehen könne, und dass viele bis jetzt ätiologisch unerklärt gebliebene Fälle von Lungengangrän darin ihre Deutung finden können.

Im 1. Falle handelt es sich um einen kräftigen, bisher gesund gewesenen Mann von 38 Jahren, welcher von einer Treppe heruntergestürzt war. Bald nach dem Falle verspürte er einen heftigen Schmerz in der rechten Lunge und fing dann an, unausgesetzt zu husten. Nachdem er 3 Tage das Bett gehütet, begann er wieder zu arbeiten. Bei seinem Eintritt in's Krankenhaus nach 4 Wochen warf er schleimige, übelriechende Massen aus, klagte über heftigen Schmerz rechterseits, hatte aber geringes Fieber. Die physikalische Untersuchung ergab an der Lungenbasis matten Ton mit bronchialem Athmen und Aegophonie, nach oben crepitirendes Rasseln. 7 Tage später amphorisches Athmen, Succussionsgeräusch. — Der Schmerz hatte zugenommen und der Auswurf einen entschieden gangränösen Geruch angenommen. Bei der vorgenommenen probe-

Digitized by Google

weisen Thoracocentese wurde eine fötide Flüssigkeit entleert, so dass die Operation des Empyems beschlossen wurde. Es wurden durch dieselbe grosse Fetzen der Pleura, gemischt mit fötidem Eiter, entleert und adhärirten auch an der Pleura Fetzen von sphacelirtem Lungengewebe. Einen Monat später, kurz vor dem Tode, wurde der Ausfluss aus der Lungenwunde blutig gefärbt und gingen mit der Flüssigkeit geröthete, von Blutcoagulis infiltrirte Lungenstücke ab. Der Kranke starb an putrider Infection. Bei der Autopsie fand man die Lungen ganz entblösst von der Serosa und eine mehr auf die Peripherie, als auf's Centrum sich erstreckende Pneumonie, welche einen katarrhalisch-eitrigen Charakter hatte und sich durch Obliteration der Gefässe manifestirte.

Der 2. Fall wurde von Jackson in Quebeck berichtet:

Es handelte sich um einen 17jährigen Matrosen, der berichtete, es sei ihm bei einem Streit 14 Tage vorher ein faustgrosses Stück Kohle auf die Brust geworfen worden, worauf unaufhörliche Schmerzen, Bluthusten und Arbeitsunfähigkeit eingetreten seien. An der getroffenen Stelle geringe Ecchymose, Puls hart, klein, Haut trocken. Der früher gesunde, kräftige, jetzt blass und mager gewordene Mensch entleert blutigen, übelriechenden Schleim und hat bereits Decubitus auf dem Rücken. Die rechte Lunge ergibt bei der Auscultation und Percussion einen normalen Befund. „Die linke Lungenseite ist in der Gegend der verwundeten Stelle etwas aufgetrieben." An der Basis ist an circumscripter Stelle ein matter Ton, oben bronchiale Respiration. Es ward die Diagnose auf Pleuritis mit Lungengangrän gestellt. — Bei der Autopsie (32 Tage nach der Verletzung) findet man die Rippen gesund, Verwachsung der Pleura costalis mit der pulmonalis und einen circumscripten pleuritischen Erguss, eine Höhle in der Lunge an der Stelle, wo die Verwundung stattgehabt.

3. Ein 45jähriger Mann hatte seit 6 Jahren immer im Herbst gehustet, vor 3 Jahren eine Pneumonie innerhalb 15 Tagen gut überstanden, keine Zeichen der Tuberculose dargeboten. Zwei Monate vor seinem Eintritt in's Krankenhaus war er gefallen, hatte sich eine Contusion der linken Schulter zugezogen, in Folge deren Ecchymosen am Schulterblatt, dem Schlüsselbein und dem Oberarm entstanden waren. Seit der Zeit haben sich Appetit und Kräfte verloren. Bei der Aufnahme in's Hospital ist Brustbeklemmung und Angst vorhanden. Die Untersuchung ergibt links einen beträchtlichen pleuritischen Erguss. Bei der von Labbé vorgenommenen Thoracocentese wurden $1^1/_2$ Liter eitriger fötider Flüssigkeit entleert. Der Kranke stirbt in Folge der Verletzung einer Arteria intercostalis. — Die Autopsie ergibt Folgendes: An der der Verletzung correspondirenden Stelle der Lunge kann man schwarze, weiche, fötide Massen ausschälen, und gelangt man von der Stelle aus an das von der Lunge losgelöste Visceralblatt der Pleura, welches gleichfalls gangränös ist. Beim Druck wird eine mit Luft vermischte übelriechende Flüssigkeit

Digitized by Google

entleert. Bis auf die circumscripte gangränescirte Stelle ist das Lungengewebe gesund, frei von Tuberkeln.

Der 4. Fall ereignete sich bei einer 49jährigen Waschfrau, welche durch einen Fall auf's Schulterblatt eine Contusion erlitten, eine Ecchymose dargeboten hatte, darauf hustete, wenig fieberte, nach Anwendung eines Aderlasses und von Schröpfköpfen aus der chirurgischen Klinik entlassen worden war. Die früher robust gewesene Kranke verlor jedoch den Husten nicht, wurde immer elender, bekam Athmungsbeschwerden und musste wieder Hilfe im Krankenhaus suchen. Bei ihrer Aufnahme hustet sie beständig, fiebert nicht, entleert zuerst schwärzliche, dann blutig gefärbte Massen. Am Abend stellt sich jedoch etwas Fieber ein mit heisser Haut, grosser Beklemmung, Hinfälligkeit und Entleerung von braunen, mit Luft vermischten Massen. Wenn man sich der Kranken nähert, so wird man durch einen starken, charakteristischen, fötiden Geruch unangenehm berührt, der auch im Auswurf wahrzunehmen ist. — Die Diagnose wird auf Lungengangrän gestellt. — Die Percussion der rechten Thoraxhälfte ergibt einen absolut matten Ton, hinten von der Spitze der Lunge bis mitten auf's Schulterblatt, vorn ist der matte Ton noch tiefer zu hören. Bei der Percussion hört man ein grossblasiges, mit Schleimrasseln verbundenes Geräusch während der Inspiration. Die linke Thoraxhälfte ist normal. In den folgenden Tagen wiederholt sich die Hämoptoe, und es tritt putrides Fieber, Diarrhoe, Wassersucht ein, so dass die Kranke 5 Tage nach dem Eintritt in's Krankenhaus stirbt. — Man findet an der der Contusion correspondirenden Stelle der Lunge eine viel schwarzes Blut enthaltende Caverne und Verwachsung des ganzen oberen Lungenlappens mit der Pleura, jedoch keine Tuberkel, vielmehr gangränescirte Lungensubstanz.

H. nimmt an, dass jede heftige Verletzung am Thorax selbst, wo keine Rippenfractur entsteht, trotz der anscheinend genügenden Resistenzfähigkeit der Thoraxwand eine bedeutende Contusion der Lungensubstanz erzeugen kann, wie dies bei Verletzungen, welche das Abdomen treffen, gleichfalls bei der Leber einzutreten pflegt. Wenn die Contusionen der Leber leicht zu erklären sind aus der grösseren Brüchigkeit (? Ref.) des Organs und der geringen Widerstandsfähigkeit der Bauchdecken, so müssen die Ursachen für Contusionen der Lunge und die daraus entstehende Gangrän tiefer liegen. H. erklärt sich das Ergriffenwerden der Lunge nach Traumen daraus, dass die Kranken erschreckt seien und das Lungengewebe in diesem Zustande comprimirt werde von der äusseren verletzenden Kraft, sowie von der in den Respirationsorganen enthaltenen Luft. Es bilde sich dann eine Ecchymose, eine mehr oder minder bedeutende Blutinfiltration in's interstitielle Bindegewebe der Lunge, darauf erfolge zuerst Husten ohne Fieber, etwas Schmerz, bisweilen Hämoptoe. Dieser Zustand kann 2, 4 bis 6 Wochen fieberlos andauern, worauf dann durch Circulationshindernisse an der verletzten Lungenstelle Brand entsteht. Es stellt sich dann die zweite fieberhafte Periode, die der Elimination ein,

Digitized by Google

wo unter Fiebererscheinungen eine Lungenentzündung entsteht, welche bestrebt ist, die brandigen Theile auszustossen. Man kann diese Naturbestrebung derjenigen gleich stellen, welche bei Gangrän der Extremitäten auftritt. Diese Pneumonie unterscheidet sich von den anderen noch dadurch, dass hierbei eine Obliteration der Gefässe beobachtet wird.

Bettelheim.

420. Eine ungewöhnliche Fieberform. Beobachtet von Dr. Wilhelm Winternitz in Wien. (Wien. Med. Presse, 1876.)

Herr S., 48 J. alt, vordem mit Ausnahme einer geheilten Lues vor zwei Decennien gesund, klagt in den letzten vier Jahren zeitweilig über vage Schmerzen in den verschiedensten Körpertheilen, die manchmal von den Ballen der grossen Zehen ausgehen. Seit 2 Jahren, seit dem Herbste des Jahres 1873, behauptet Herr S. täglich mit ganz seltenen Ausnahmen an nachmittägigen oder abendlichen Fieberanfällen ohne Frost zu leiden. Ein continuirliche (übrigens unentsprechende) Chinin-Medication war bisher ohne Erfolg geblieben. Das Körpergewicht hatte nur um wenige Pfunde während dieser ganzen Zeit abgenommen, die Sexualfunction ganz sistirt. Der Appetit lag während des Anfalles darnieder. Herr S. hat nie in einer Malariagegend gelebt, stammt aus einer Familie, in welcher keine Lungenerkrankungen, wohl aber mannigfache Neurosen vorgekommen sein sollen. Befund vom 15. Sept. 1875: Anämische Gesichtsfarbe, blasse trockene Haut, blasse Schleimhaut, fettarmes Unterhautzellgewebe, schlaffe, wenig entwickelte Muskulatur, zarter Knochenbau. Nirgends Drüsenanschwellungen oder Difformitäten an den Gelenken. Hände und Füsse kühl anzufühlen, auch der Stamm nur mässig warm. Der Thorax lang, schmal, symmetrisch wenig gewölbt. Untersuchung der Brust und des Unterleibes weist keinerlei Abnormität nach. Pulsfrequenz 64, Respiration 18, Temperatur der Achselhöhle 36·9°, Rectum 37·1° C. In 10 Minuten betrug die Erwärmung des 50 K.-C. haltenden Luftraumes des Kalorimeters von W: Vom Epigastrium 8·1, vom Oberschenkel 6·9 und von der Wade 6·3° C. Es würde also im Mittel die Wärmeabgabe von einer 15 Quadrat-Ctm. messenden Hautstelle bei vollkommener Apyrexie so gross gewesen sein, um in 10 Minuten einen 50 Kubik-Ctm. messenden Luftraum um 7·1° C. zu erwärmen.

Es lag also ein seit zwei Jahren bestehendes Quotidianfieber vor, das keine besonderen Allgemeinstörungen veranlasst hatte, weder in der Haut, noch in anderen Organen Zeichen von Cachexie hervorrief, und ohne nachweisbare Organschädigung — wie Milztumor, Lungen- oder Knochenerkrankung — verlaufen war. Etwa $1^1/_2$ Stunden nach seinem Mittagmahle fand W. den Kranken im Bette. Er hatte sich kurz nach dem Essen müde gefühlt, das Bett aufgesucht und schlief ein. Nach einer halben Stunde war er mit Kopfschmerzen, Ziehen und Spannen im Rücken erwacht und wurde von einem lästigen schnürenden Gefühle im Kehlkopfe zu beständigem Husten gereizt. Lippen und Wangen zeigten eine bläuliche Verfärbung, das Gesicht erschien mehr eingefallen, die Augen tief liegend. Die früher ganz blasse Haut am Stamme und den Extremitäten war eigenthümlich fleckig injicirt. Bei genauerer Inspection bemerkte man allenthalben sehr anämische rundliche Flecken, die von einem lividen bläulichrothen Injectionshofe umgeben waren. Die Haut sah wie marmorirt aus. Die Haut fühlte sich im Gesichte und an den Extremitäten

Digitized by Google

geradezu kalt, am Stamme nur mässig warm an. Pulsfrequenz 90. Der Respirationstypus war ein ganz eigenthümlicher. Nach einer Anzahl flacher, mit Husten verbundener Exspirationsstösse, die nur durch ganz flache, kurze, kaum erkennbare Inspirationszüge unterbrochen wurden, kam der Ansatz zu einer tiefen Inspiration, die plötzlich abbrach und mit einer Pause in Inspirationsstellung endete. Die Calorimeter an denselben Stellen wie früher, mit denselben Anfangstemperaturen aufgesetzt, ergaben folgende Erwärmung des calorimetrischen Luftraumes in 10 Minuten:

vom Epigastrium um 7·6° C.
„ Oberschenkel „ 5·4° „
„ Waden „ 4·6° „
„ Durchschnitt 5·86° „

Die Wärmeabgabe ist demnach jetzt um mehr als 18 Percent ge ge die früher gefundene vermindert. Die Athembeschwerden und Hustenanfälle dauerten durch zwei Stunden fort. Dann röthete sich allmälig das Gesicht, die Haut an der ganzen Körperoberfläche wurde gleichmässiger injicirt, die Cyanose schwand, die ganze Haut bekam einen merklich grösseren Turgor und wurde allenthalben immer wärmer, und schliesslich brach Schweiss, zuerst an den Handflächen, später an der ganzen Körperoberfläche aus. — Euphorie.

Zeit	Temperatnr		Hauttemperatur			Puls	Respiration	Anmerkung
	Axilla	Rectum	Epigastrium	Oberschenk.	Wade			
10 h. a. m.	36·9	37·1	34·6	33·7	33·1	64	18	
12 h.	37·0	37·2	—	—	—	72	22	
2 h.	37·2	37·5	33·9	33·0	31·3	90	—	nicht zählbar. Husten
4 h.	37·9	39·1	—	—	—	104	30	
5 h.	38·3	38·6	—	—	—	100	28	Beginnend. Schweiss
8 h.	38·0	38·0	—	—	—	96	24	
8 h. a. m.	36·8	37·1	—	—	—	64	18	Am folgenden Morgen

Es lag nun nahe, den ganzen Process als ein Malariafieber anzusehen, mit quotidianem Typus. Allein der lange, nahezu zweijährige Bestand des Processes, das Fehlen der Milzschwellung, der Fieber-Cachexie, nimmt dieser Annahme viel von ihrer Berechtigung. Den Process für eine latent mit intermittirendem Fiebertypus verlaufende Lungenerkrankung zu halten, fehlten genügende Anhaltspunkte.

Sehr auffallend war es W., dass das pyrogenetische Stadium mit einer Veränderung des Respirationstypus, mit einem eigenthümlichen Husten, der sehr an die nervösen Hustenanfälle Hysterischer mahnte, und mit einer sehr beachtenswerthen Veränderung der Circulation in der Haut

Digitized by Google

begann. Der Respirationstypus zeigte nämlich die Eigenthümlichkeit, dass die Inspiration weit mehr behindert schien, als die Exspiration. Mehrere exspiratorische Hustenstösse erfolgten rasch nacheinander, bei den dazwischen liegenden flachen Inspirationen war eine Hebung und Erweiterung des Thorax kaum zu erkennen. Die nach einigen solchen Exspirationsstössen erfolgende krampfartige tiefere Inspiration wurde durch eine mächtige Contraction der Exspirationsmuskeln plötzlich unterbrochen, und nun folgte eine momentane Pause. Das Vorherrschen der Exspiration, die unvollständigen Inspirationen machen es sehr wahrscheinlich, dass im Binnenraume des Thorax continuirlich ein positiver Druck bestand. Dadurch musste nothwendig die centrifugale Strömung erleichtert und gefördert, die centripetale erschwert und behindert werden. Gehemmt, beschränkt musste der venöse Blutstrom zum rechten Herzen werden. Bald musste sich dies auch im linken Herzen kund geben, indem diesem nur geringere Blutmengen aus dem kleinen Kreislaufe zufliessen konnten. Zu dem höheren Drucke im Venensysteme, der durch den gehemmten Abfluss in das Herz sich rückstauend, bis in die Peripherie geltend machen konnte, kam also noch eine herabgesetzte Vis a tergo durch verminderte Füllung im Arteriensysteme. Es sank in Folge dessen die Strömungsgeschwindigkeit in den Venen. Die Bedingungen für eine venöse Stase waren gegeben. Diese trat in der äusseren Haut in der Form der lividen areolaren Injection sichtlich hervor. Aus der hochgradigen Wärmeretention bei verlangsamter Circulation und venöser Stase erklärte sich das Steigen der Körpertemperatur. Dass das Fieber aber vorwaltend als Retentionsfieber zu betrachten war, ergab sich ferner daraus, dass trotz seines zweijährigen Bestandes die Körperconsumption eine so unbedeutende blieb. Dies ist nur dadurch erklärlich, dass die (freilich räthselhaft wodurch bewirkte) Temperatursteigerung des Körpers nicht vorwaltend auf Mehrproduction von Wärme, wobei der Stoffwechsel ein beträchtlich gesteigerter hätte sein müssen, zu beziehen war, sondern auf eine Zurückhaltung der normal producirten Wärme. Da sich nämlich sämmtliche Symptome aus der Respirationsstörung ableiten liessen, für diese in den Respirationsorganen selbst keinerlei Grund auffindbar war, so lag die Annahme nahe, dass die Störung vom Nervensysteme ausgelöst werden musste, wofür auch das typische Auftreten und die freien Intervalle sprachen. Falls diese Anschauung über die Entstehung der einzelnen Fieberparoxysmen, durch Hemmung der Inspiration und durch Wärmeretention glaubwürdig erscheinen sollte, musste die Auslösung tiefer Respirationen und die Beseitigung der Wärmestauung den Fieberanfall coupiren oder bei rechtzeitiger Anwendung den Eintritt desselben verhindern. Beides gelang in der überzeugendsten Weise. W. liess nämlich den Kranken an dem einen Tage, nach bereits eingetretener Respirationsstörung und Veränderung in der Hautcirculation und direct nachgewiesener Wärmeretention, bei schon gesteigerter Pulsfrequenz und beginnendem

Digitized by Google

Ansteigen der Körpertemperatur, kräftig mit einem nassen, in 10° Wasser getauchten Leintuche durch 8 Minuten abreiben. Bekanntlich löst diese plötzliche Berührung der ganzen Körperoberfläche mit dem kalten Tuche tiefe Inspirationen aus, wahrscheinlich durch Reflex von den sensiblen Hautnerven aus. Weiters bewirkt eine solche Abreibung eine Erweiterung der Hautgefässe, und wenn sie bis zur Erwärmung des Tuches gehörig fortgesetzt wird, eine Beschleunigung der peripherischen Circulation, d. i. schafft die Bedingungen für Beseitigung der Wärmeretention und verlangsamt ausserdem durch Vergrösserung des gesammten Strombettes und die Wärmeentziehung die Herzaction und damit die Pulsfrequenz. In der That war auch der Erfolg der Abreibung ein überraschender. Die unmittelbar vor der Procedur vorhandenen Athembeschwerden, das Hüsteln, die areolare Hautinjection waren gleich nachher gewichen. Die Athmung wurde tief, gleichmässig ruhig, der Husten hatte aufgehört, die Pulsfrequenz war von 90 auf 80 gesunken. Die Temperatur, die vor der Abreibung 37·9° in der Achsel, 38·1° im Rectum gezeigt hatte, war 20 Minuten nachher auf 37·6° Achsel, 37·5° Rectum gesunken. Der Kranke fühlte sich frisch und munter. Am nächsten Tage versuchte W. der Fieberattaque zuvorzukommen und verordnete zwei Stunden nach einem sehr mässigen Mittagsmahle bei noch ziemlich normalem Befinden die Abreibung. Es war dies der erste Tag, an welchem auch nicht die geringste Fiebermahnung eintrat. Am nächsten Tage liess W. jede Procedur aussetzen. Gegen 6 Uhr Abends, also später als gewöhnlich, trat eine Fiebermahnung auf. Eine blos 14tägige Fortsetzung von allmorgendlichen und nachmittägigen Abreibungen beseitigte dauernd das Fieber. Während dieser Zeit hatte das Körpergewicht um 4 Pfunde zugenommen. Das Aussehen hatte sich gebessert, die temporäre Impotenz war geschwunden.

Bettelheim.

421. Zur Pathogenese der Bleilähmungen. (Von Ing. Diss. Berlin 1875, Refer. von Bernhardt, Centr.-Blatt 1876, 18).

In einem der von R. mitgetheilten Fälle hatte die Lähmung die (sonst intact bleibenden) Mm. supinatores mitbetroffen und waren nicht nur die übrigen, dem Radialisgebiete angehörigen Muskeln, sondern auch der Biceps und Brachial. intern. ergriffen, Muskeln, welche mit dem Supinator longus zusammen die Beugung des Ellenbogens bewirken, also Muskeln, welche nicht durch Innervation, sondern durch gleiche Function zusammengehören. Ebenso sah er in zwei anderen Fällen die Mm. peronei zusammen mit den langen Zehenstreckern befallen werden bei Freibleiben des Tibialis anticus. R. glaubt deshalb, dass die den functionell zusammengehörigen Muskeln entsprechenden Ganglienzellengruppen gemeinsam von den Veränderungen auch bei der Bleilähmung befallen werden, weil sie anatomisch zusammenliegen. Es würden danach die Ursprungsstellen der mot. Ulnarisfasern am tiefsten, höher die des Nv. medianus, musculocutaneus, axillaris und radialis liegen.

Bettelheim.

Digitized by Google

422. Ueber Störungen der Bewegungsempfindung bei Kranken. Von Prof. W. Leube. (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1876, Nr. 38.)

Verf. macht es sich, angeregt durch die Arbeit Vierordt's „Ueber die Bewegungsempfindung" zur Aufgabe, die Störungen der Bewegungsempfindung bei Kranken zu studiren, und gibt in vorliegender Publication die Resultate seiner eingehenden Untersuchungen wieder.

Zu diesem Zwecke benützte Verf., um eine etwaige Verschiedenheit in der Intensität des mit der Berührung verbundenen Druckes möglichst zu vermeiden, als Berührungsmedium eine vorn geknöpfte, mit Handgriff versehene Uhrfeder, die auch als Elektrode zur Prüfung der Bewegungsempfindung zweckdienlich erschien. — Der Strich wurde aus freier Hand in einem gleichmässig raschen Tempo geführt und wurden die gedachten Versuche ausnahmslos am Fussrücken angestellt.

Bei gesunden Individuen werden Striche von $^1/_2$ Cm. Länge noch mit voller Präcision als Bewegung im Gegensatz zu einer einfachen Berührung und erst wenn die Länge des Striches unter $^1/_2$ Cm. fällt, nicht mehr regelmässig als eine Bewegung, sondern zum Theile als einfache Berührung, zum Theile als Bewegung empfunden. — Dagegen erzeugen bei Tabeskranken Striche von 5—6 Cm. Länge schon die letzterwähnte zweifelhafte Empfindung. Bei genauerer Untersuchung entlang der Linie des als punktförmige Berührung empfundenen Striches findet man bei einer Anzahl punktförmiger von einander circa $^1/_2$ Cm. entfernt liegender Berührungen eine punktförmige Perception an mehreren — doch durchaus nicht allen — Berührungsstellen.

Bei Gesunden wird, wenn die — gleichgiltig ob Längs- oder Quer-Striche — eine gewisse Grösse (ca. 5 Cm.) erreicht haben, die Richtung der Bewegungen immer präcis angegeben; bei 3—4 Cm. Länge wird zuweilen die Richtung falsch angegeben; die Anzahl der falschen Angaben wächst, wenn die Länge der Striche auf 1 Cm. herabsinkt. Bei Kranken dagegen bilden falsche Angaben der Strichrichtung geradezu die Regel, selbst wenn die Striche über 5—6 Cm. lang gemacht werden.

Um den störenden Einfluss von Nachempfindungen und verlangsamter Leitung der sensiblen Nervenbahnen auszuschliessen, wurde bei den ausgeführten Versuchen zwischen je zwei Strichen eine Pause von $^1/_2$—1 Minute eingeschaltet. Drozda.

423. Syphilis cerebralis. Erkrankung der corpor. quadrigem. (Ref. d. Gi. ital. d. mal. ven. e d. pel., Februarheft 1877.)

Ein 32 J. alter, gesunder Mann war im 19. Lebensjahre an einer Blenn. und Orchitis, das Jahr darnach an syph. Halsaffection und 2 Jahre später an Papulae circa anum erkrankt. Im 29. Jahre wurde er durch einen Säbelhieb an

Digitized by Google

der reg. parietal. sin. verwundet. Heilung nach 10 Tagen. Im Mai des folgenden Jahres fiel er plötzlich ohne bekannte Veranlassung und ohne Prodrome besinnungslos unter klonischen Krämpfen, besonders der linken Seite, zu Boden. Der linke Mundwinkel ist stark abgezogen. Nach dem Anfalle bleibt Paralyse der linken ob. und unt. Extrem., welche nach 8 Tagen schwindet. Monatlich wiederholte sich der Anfall. Am 17. Febr. 1876 kam er mit folgendem Stat. praes. in's Spital: Im Anfalle wird der Kopf durch tonische Contraction des Sternocleidom. nach links gedreht. Vorher geht eine Ohnmacht, dann kommen Krämpfe der Augenlid- und linken Backenmuskeln, tonische Contract. der Musk. des Halses links. Beinahe gleichzeitig clonische, dann tonische Krämpfe der Glieder beiderseits. Die Bulbi sind nach links und oben gedreht Die Pupillen erweitert. Der linke Mundwinkel ist gegen das Ohr dieser Seite gezogen. Sensibilität normal, Bewusstsein vorhanden, Sprache unmöglich. Ueber Uvula und Zunge ist während des Anfalles kein Aufschluss zu erlangen. Dauer des A. 2–5 Minuten; sie wird kürzer, wenn es gelingt, mit Bekämpfung der Muskelcontraction den Kopf nach rechts zu drehen (? Ref.). Im Anfange des Spitalaufenthaltes blieben für einige Zeit nach den Anf. Paralyse der Musculatur links bei Schlaffheit derselben; Ptosis palpebr. sin. und das Gefühl, als ob das Gesicht auf dieser Seite geschwollen wäre, Schwäche beim Kauen, Thränenfluss. Nach dem Anfalle schilderte der Kr. die Empfindungen während desselben. Er konnte den Kopf nach Gefallen bewegen, die Augen kehrten in die normale Stellung zurück, die Pupillen reagirten prompt, der l. Mundwinkel stellte sich an seinen Platz. Der Kr. streckte die Zunge gerade hervor. Rectaltemperatur gleich nach dem Anf. 37·4 Cels., Ameisenlaufen und Stiche in der linken oberen und unteren Extremität.

Aus dem Mitgetheilten ging nun hervor, dass es sich um eine Herderkrankung des Gehirns handle, wahrscheinlich ein Syphilom, dessen Sitz die Nachbarschaft des Corp. quadrigem. oder dieses selbst und der Hirnstiel ist. Die eingeleitete Therapie rechtfertigte durch den glänzenden Erfolg die Diagnose. Der Kr. bekam 3 Kalomelinject. (10 Centigr. in 75 glycer. pro. dosi) Deutojod hydrarg. (10 Cent. mit 6 Gramm Jodkali auf 60 Pillen, von denen am 1. Tage 4 und dann immer um eine mehr bis zu 12 genommen wurden), Jodkali (1 Gramm und täglich um 25 Centigr. mehr) nacheinander und war am 24. Tage der Behandlung vollkommen geheilt. Emanuel Kohn.

424. Secundäre Degenerationen des Rückenmarkes nach Verletzungen der Hirnrinde. Von A. Pitres. (Gazette med. de Paris, 1877, Nr. 3.)

Secundäre Degeneration nach pathologischen Processen in der Hirnrinde sind allerdings von Manchen bemerkt worden, aber erst Charcot hat gezeigt, dass sie dann constant auftreten, wenn die Hirnrindenzerstörung die motorischen Zonen (gyrus praecentralis, postcentralis und lobulus paracentralis) ergriffen hat, dass sie aber andererseits gewiss ausbleiben, wenn andere Rindenpartien erkrankt sind.

Pitres hat nun 5 Beobachtungen gesammelt, welche diese Angaben von Charcot bestätigen. In drei Fällen, in denen die motorischen Rindenpartien zerstört waren, zeigten sich, obwohl die erkrankte Partie nicht ausgedehnt war, secundäre Degenerationen in den Seitensträngen der anderen Seite; in zwei Fällen war die Hirnrindenerkrankung zwar ausgedehnt, hatte aber die motorischen Centren verschont; — hier fehlte ede secundäre Degeneration im Rückenmark.

Digitized by Google

Es zeigte sich endlich durch diese Beobachtungen auch, dass gerade die Nervenbahnen der Seitenstränge in directem Connex mit den motorischen Rindencentren der anderen Hemisphäre stehen.

Obersteiner.

425. **Sclerosis des Rückenmarkes.** Von John S. Bartum. (The Brit. med. Journ. Nr. 845. 1877.)

Eine in ihrem 73. Jahre verstorbene Frau erkrankte vor 15 Jahren an anfangs für rheumatisch gehaltenen Schmerzen über der linken Schulter und im linken Arme, dann stellte sich Zittern, Kraftlosigkeit des Armes und prickelndes, stechendes Gefühl in demselben ein; die Erkrankung ging auf das linke Bein, dann auf die rechte Seite über mit allmälig vollständiger willkürlicher Bewegungsunfähigkeit; die Muskeln fühlten sich hart an, die Gelenke waren durch Contraction derselben fixirt, so dass die Glieder nur passiv und mit einiger Gewalt gebeugt werden konnten; sämmtliche Gelenke im Zustande der Extension, auch die Fingerzehen und Fussgelenke; dabei starke krampfhafte Zuckungen der Armmuskeln, weniger stark der Schenkelmuskeln, verstärkt bei allgemeinem Unwohlsein. Seit 2 oder 3 Jahren vor ihrem Tode lag sie unbeweglich auf dem Rücken, konnte aus dieser Stellung nur steifgestreckt wie ein Akrobat erhoben werden, konnte aber bis kurz vor ihrem Tode noch in einen Sessel gebracht sitzen und ausfahren. Eine frühere Steifigkeit im Nacken bildete sich zur vollkommenen Fixirung des Kopfes und Nackens durch Muskelcontraction aus. 8 Jahre vor dem Tode wurde die Sprache schwierig, die Stimme schwach und erlosch fast ganz; später nahm auch die Gesichtsmusculatur theil, so dass ihre Wünsche nur aus der Bewegung der Augen und Lider zu errathen waren; das Schlingen richtete sich nach Geschmack und Geruch des Gebotenen, Champagner ging leicht hinab, Arznei nur theelöffelweise ohne Stickanfälle; zuletzt stand der Mund offen, die Zunge war zurückgezogen, ganz kleine, feste Stückchen Nahrung erregten Stickanfälle. Sensibität war erhalten überall, aber gesteigert, Reize, Stiche lösten heftige Reflexkrämpfe aus. Verdauung, Stuhl- und Harnentleerung normal. Die Muskeln atrophirten nicht, kein Decubitus; die geistigen Kräfte waren bis zum Tode erhalten, sie las selbst. Tod durch Erschöpfung und nur mit schmerzhaftem Verziehen der Gesichts- und Kopfmusculatur. Section nicht gestattet. Bartum nimmt an: 1. Insuläre subacute Myelitis; 2. als Folge derselben miliare Sclerose der vorderen Stränge; 3. grössere sclerosirte Stellen in der grauen Substanz, selbst in den hinteren Strängen, die Cornua anteriora frei; 4. gleiche insuläre Sclerose in einem Theile der Medulla oblongata, besonders um die Kerne der Nervi vagi, hypoglossi und spin. accessorii herum. Popp.

426. **Ueber den von Hammond Athetose genannten Symptomencomplex.** Von Dr. M. Bernhardt. (Virchow's Archiv Bd. LXVII. Heft 1. 1876.)

Digitized by Google

Bei dem von Hammond so benannten Krankheitsbilde handelt es sich um continuirliche, unwillkürliche Finger- und Zehenbewegungen, die nicht ungeordnet, wie bei Paralysis agitans, sondern langsam und mit einer gewissen Regelmässigkeit erfolgen. Zur Unterdrückung derselben ist der Willenseinfluss nicht ausreichend, ja es sollen gedachte Bewegungen auch während des Schlafes fortexistiren. In Folge der andauernden Action der Vorderarmmusculatur kommt es langsam zu Hypertrophie derselben. Die Hautsensibilität ist herabgesetzt, Prognose quoad sanationem infaust, Therapie bis dahin erfolglos. Autopsien sind bis date noch ausständig: Hammond vermuthet ein Leiden (Sclerose) des corp. striatum oder des thalamus opticus. Alle bis dahin hieher gehörigen Beobachtungen sind von Amerikanern und Engländern gemacht worden; in den meisten Fällen betrafen sie Säufer, seltener fand man sie mit Epilepsie, phthisischer Anlage, Apoplexie und ähnl. gepaart. — Bernhardt berichtet nun über einen Fall eigener Beobachtung, dessen Krankengeschichte im Grossen und Ganzen völlig dem von Hammond beschriebenen Bilde entspricht.

Als hervorragendstes Symptom wurde auch hier „das ruhelose Spiel vornehmlich der Finger, weniger der Zehen, bei vollkommener Ruhe aller anderen Glieder der Extremitäten" notirt. Verf. wirft die Frage auf, ob wir in dem von Hammond geschilderten Symptomencomplexe wirklich eine neue, bisher noch nicht beobachtete Krankheit vor uns haben. Es wäre allenfalls eine Verwechslung mit Paralysis agitans möglich, einer Symptomengruppe, die als wesentlichste Momente ein Zittern der willkürlichen Muskeln und eine fortschreitende Schwächung derselben involvirt. Diese Frage glaubt B. dahin beantworten zu sollen, dass eine derartige Verwechslung wohl auszuschliessen sei, nachdem in sämmtlichen bis dahin veröffentlichten Beobachtungen von Athetosis oft bei Jahre langem Bestande eine hochgradige Paralyse vermisst wurde, Zitterbewegungen des Kopfes und der übrigen Theile der oberen Extremitäten fehlten und die unwillkürlichen Bewegungsstörungen auf die am meisten peripher gelegenen Theile der Extremitäten beschränkt blieben. Auch an die neuerdings aus der grossen Gruppe chronischer Rückenmarkskrankheiten als besondere Affection hervorgehobene Sclerose en plaques oder inselförmige Degeneration des Markes kann nicht gedacht werden, da hier nur dann Zitterbewegungen beobachtet werden, wenn der Kranke eine willkürliche Bewegung intendirt. Sodann sind es wieder „Zitter"bewegungen, von denen bei Athetosis keine Rede ist; diese erscheinen aber durchaus nicht allein auf Finger und Zehen beschränkt, ebensowenig wie sich Sensibilitätsstörungen in der Mehrzahl der Fälle nachweisen lassen. Zudem pflegen bei der Sclerose viele Hirnnerven in ihren Ursprüngen von dem chronisch degenerativen Process ergriffen zu sein und compli-

Digitized by Google

ciren dann durch die Affectionen der Augenmuskeln, der Zunge, der Kehlkopfmuskeln, des Schluckapparates das Krankheitsbild. — Nachdem in den einzelnen Fällen von Athetose (so auch im Falle B.'s) in der Familie der Kranken Choreafälle vorgekommen waren, liesse sich eher die Annahme einer Chorea rechtfertigen. Verf. möchte die Athetosis geradezu der Krankheitsgruppe zuweisen, die neuerdings unter dem Namen Post-paralytic chorea (Weir-Mitchell, The americ. Journal of the med. sciences 1874 Nr. 136, p. 352), oder dem der Hemichorée post-hémiplégique (Charcot, Progrès médical 1875, Nr. 4 und 6) aufgetaucht ist. Nach diesen Autoren entwickelt sich häufig nach längerem Bestande einer Hemiplegie in den gelähmten Gliedern ein choreatischer Zustand neben einer Anästhesie der Haut und der Sinnesorgane an der gelähmten Seite. Charcot fand den Sitz der Affection an der der Körperseite entgegengesetzten Hirnhälfte am hinteren Ende des Thalamus opt., des Nucl. caud., endlich am hintersten Theil des Fusses der Corona radiata.

Verf. vermuthet nun mit Hammond und Charcot eine Sclerose eines oder beider grossen Hirnganglien als die eigentliche anatomisch-pathologische Grundlage der Athetosis. Die vorhanden gewesenen apoplektischen Insulte bei mehreren der an Athetose erkrankten Männern, ebenso die aphasischen Zustände und die Sensibilitätsstörungen an der betroffenen Körperhälfte sprechen in diesem Sinne. Drozda.

427. Ein Fall von Aphasie. Von Dr. Taubner. Aus der Charitéabtheilung des Prof. Frerichs in Berlin. (Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med. 1876, Nr. 27.)

Bei einem 59jährigen Manne, der einen apoplektischen Insult erlitten, an der ganzen rechten Seite gelähmt und 10 Tage bewusstlos war, war nach dieser Zeit zwar Gefühl und Bewegungsfähigkeit wieder zurückgekehrt, dagegen eine gewisse Art von Schwerbesinnlichkeit eingetreten, die sich vornehmlich darin äusserte, dass der Kranke einzelne Worte nicht finden und selbst bei der augenscheinlich grössten Anstrengung nicht produciren konnte. Wurde ihm das betreffende Wort vorgesprochen, so wiederholte er es ohne Beschwerden. Die Benennung des fraglichen Gegenstandes will er immer gewusst haben, allein im entscheidenden Momente habe ihm das Wort gefehlt, er sei nun verdriesslich geworden und habe versucht, durch allerlei Umschreibungen der Benennung nahe zu kommen. Statt „Löffel" sagte er z. B. „das ist zum Essen", statt „Bett" „zum Schlafen". Die Fähigkeit zu lesen war vollständig aufgehoben. Seinen Namen (Liedloff) schrieb er mit grosser Anstrengung $\text{Lie}^{\text{dl}}_{\text{off.}}$ Stark gelitten hatte auch das Gedächtniss. Nach einem neuen Insult ergab die ophthalmoskopische Untersuchung auf der linken Retina nasalwärts von der Papille einen kleinen, etwa stecknadelkopfgrossen, dunkeln Fleck. Die Therapie bestand in der täglichen Application des inducirten Stromes. Ausserdem musste sich Patient einer methodischen Schreib- und Leseübung unterwerfen Jellinek.

428. Ischias. Von Dr. Thomas Buzzard. (The Practitioner 1877, Februar N. CIV.)

Der Ausdruck Ischias ist ein weitumfassender. Er begreift erstens

Digitized by Google

anfallsweise auftretende Schmerzen im Bereiche des Nerv. ischiadicus ohne bekannte Ursache, zweitens solche von einer Reizung des Nervenstammes herrührend und drittens Muskelschmerzen.

In den ersten zwei Kategorien ist wahrscheinlich irgend eine vorübergehende oder bleibende pathologische Veränderung eines Nervencentrums vorhanden. Charakteristisch für die Neuralgie im Allgemeinen ist, dass der Schmerz spontan auftreten kann, in manchen Fällen durch Bewegung vermehrt wird, aber niemals durch Muscelcontraction hervorgerufen wird. Er tritt in Anfällen auf, mit schmerzfreien Pausen von minuten- bis stundenlanger Dauer, oder er ist mehr oder weniger anhaltend mit häufigen und heftigen Exacerbationen. Das Leiden ist ein fieberloses. Auf der Höhe des Schmerzes sind die Muskeln der betreffenden Extremität kraftlos, paretisch, und das Bein fühlt sich kalt an. Die Kälte wird ferner negativ empfunden. Als Schmerzpunkte gibt B. an: den hinteren Hüftpunkt, einen Punkt zwischen Tuber ischii und Trochant. maj., aber näher dem ersteren; einen Punkt in der Gegend, wo die Hautnerven für die Hinterbackengegend emporlaufen; den Punkt am Wadenbeinköpfchen, die Punkte hinter den Knöcheln und den Kniekehlenpunkt.

Gewöhnlich findet man im Bereiche des kranken Nerven cutane Anästhesie, mitunter stellenweise Hyperästhesie. Schwere, Pelzigkeit, Zittern in Bein und Fuss sind beinahe constant. Stellenweise ist das Tastgefühl vermindert, der Temperatursinn dagegen erhöht. Ein Patient der „more brittanico" seine Rückseite dem Feuer zukehrt, findet an der kranken Seite die Temperatur unerträglich, während das gesunde Bein eine wohlthuende Wärme verspürt. Aehnlich wirkt ein schwacher galvanischer Strom. Wadenkrämpfe sind eine häufige Begleitserscheinung. Als Ursache der Ischias sind zu nennen: Gefässdegeneration, Anämie, Gicht und Rheumatismus, Malaria, chronischer Alkoholismus, Syphilis, Metallkachexie und erbliche neurotische Anlage. Als unmittelbare Veranlassung ist hauptsächlich die Kälte, insbesondere die Feuchtkälte zu bezeichnen. Erschütterung des Rückenmarkes soll ebenfalls Ischias hervorrufen. Ursachen peripherischer Reizung sind: Geschwülste der Beckenhöhle, Krankheiten der Wirbel und Beckenknochen, Druck vom schwangeren Uterus, rheumatische oder gichtische Entzündung der Nervenscheide, syphilitische Periostitis. Eine hartnäckige, wenig beschriebene Form ist jene, welche der Arthritis deformans am Hüftgelenk vorangeht, oder sie begleitet.

Die Grenzlinie zwischen den ersten zwei Classen der Ischias ist oft schwer zu ziehen. Die Fälle von traumatischer oder anderer Läsion der Nerven können z. B. denselben Charakter von Schmerzparoxysmen und Intermissionen annehmen wie die von centralem Ursprunge, ebenso Ischiasfälle in Folge von Beckenkrebs. Im letzteren Falle ist behufs Auffindung von Tumoren öftere sorgfältige Untersuchung nöthig. Ischias mit resultirender grosser Schwäche des Beines wird mitunter für eine latente

Digitized by Google

Spinallähmung gehalten. In die letzte der drei Classen sind einzureihen: Myalgie von Uebermüdung der Oberschenkelmuskeln, Muskelrheumatismus (der Schmerz tritt nicht spontan, sondern auf Bewegung auf), entzündliche Zustände der Lymphräume des Bindegewebes.

Bezüglich der Behandlung ist es wichtig zu constatiren, ob der Fall von Ischias eine wirkliche Neuralgie, dann ob diese eine selbstständige oder blos symptomatische centralen Ursprungs ist.

Bei unheilbarer Ischias, z. B. in Folge von bösartigen Geschwülsten, ist palliativ zu verfahren, bei syphilitischer Neuralgie die Behandlung mit Quecksilber oder Jodkalium einzuleiten. Purgantien, insbesondere mercurielle, nützen bei Myalgien „von Irritation der Lymphräume, bei zurückgehaltenen Excretionsstoffen abhängend". Bei Muskelrheumatismen ist die elektrische Pinselung angezeigt. Drei Methoden lindern den Schmerz im Allgemeinen: Subcutane Morphiuminjection, Blasenpflaster und Elektricität.

Was die elektrische Behandlung betrifft, ist der inducirte Strom (auf die Haut mittelst Pinsel applicirt) bei Affectionen in Folge von Muskelrheuma angezeigt. Bei Neuralgie dagegen und insbesondere bei Entzündung der Nervenscheide ist diese Art von Elektricität eher schädlich, und es ist da die galvanische Elektricität anzuwenden. Verfasser bedient sich entweder einer von Dr. Tibbits angegebenen Zusammenstellung von Leclanché-Elementen oder der Batterie von Stöhrer und geht von einer gerade noch erträglichen Anzahl von Zellen fortschreitend bis zu 40 vor. Die Stromstärke soll allmälig anschwellen; jeder plötzliche Shok ist zu vermeiden. Er wendet grosse Schwammconductoren an und durchfeuchtet sie mit warmem Salzwasser. Dauer der Sitzung 10—17 Minuten. Die Stromgeber sollen zur Vermeidung des Shoks auf der Haut nicht verschoben werden; vor Oeffnen der Kette lässt man den Strom allmälig wieder abschwellen.

Verfasser führt drei Applicationsweisen des constanten Stromes bei Ischias an:

1. Der positive Pol wird in der Sacralgegend aufgesetzt, der negative am Knöchel und zwar am besten mittelst eines Bandes mit Schnalle.

2. Beide Stromgeber werden bei einem Abstande von 3—4 Zoll an der hinteren Seite des Oberschenkels aufgesetzt und bei gleichbleibender Distanz langsam abwärts gehend längs des Nerven applicirt.

3. Der negative Pol wird in der Sacralgegend fixirt und der positive wird längs des Nerven bewegt, an den schmerzhaften Stellen länger verweilend.

Theoretisch wird die zweite Methode für die beste erklärt.

Popper.

429. Ueber Ataxie mit besonderer Berücksichtigung der hereditären Formen. Von Prof. Dr. N. Friedreich. (Heidelberg.) (Virchow's Archiv LXVIII. Heft 2, pag. 146—245.)

Digitized by Google

Auf Grund mehrerer einschlägiger Beobachtungen, die in der Abhandlung eine ausführlichere Reproduction erfahren, folgert F., dass gerade in der ungemein langen Krankheitsdauer und der geringen Neigung der Hinterstrangsentartung zu transversaler Verbreiterung ein unterscheidendes Merkmal der hereditären Formen der Ataxie von den gewöhnlichen, gleichfalls auf primitiver Degeneration der Hinterstränge beruhenden Fällen atactischer Tabes zu suchen sei.

In Bezug auf das Geschlecht findet F., dass Erkrankungen der gedachten Form überwiegend häufig beim männlichen Geschlechte sich ereignen. — In Bezug auf das Alter ist die Seltenheit des Auftretens des gedachten Processes vor dem 30. Lebensjahre besonders hervorzuheben.

Eines der wesentlichsten Momente, durch welches sich F.'s Fälle von hereditärer Ataxie von der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gewöhnlicher Tabes auszeichnen, ist theils der vollständige Mangel, theils das erst später und nur in untergeordnetem Grade bemerkbare Hinzutreten von Störungen im Bereich der Sensibilität. Nicht nur, dass nahezu überall selbst die leisesten Nadelstiche, Berührungen und Anstreifungen mit dem Finger, Anblasen und Anhauchen u. dgl. präcise gefühlt und localisirt wurden, sondern es wurden auch durch die Untersuchungsmethode mittelst des Tastercirkels nach E. H. Weber, sowie durch die Bestimmung der Gefühlsminima für inducirte Ströme nach Leyden keine grösseren Differenzen wahrgenommen, als sie bei gesunden Individuen gleichen Alters und gleicher Bildungsstufe zu Tage traten.

Auch Störungen der Muskelsensibilität waren in F.'s Fällen durch keine der üblichen Prüfungsmethoden zu constatiren. Mit Rücksicht auf die Reflexbewegung waren in keinem der beschriebenen Fälle, so lange das reine und uncomplicirte Bild der Ataxie erhalten war, Abweichungen von der Norm nachzuweisen, wenigstens was die von der Haut aus zu erzeugenden Reflexe betrifft. Dagegen mangelten in 4 Fällen die sogenannten Sehnenreflexe vollständig, worin allerdings eine Uebereinstimmung mit den gewöhnlichen Fällen von atactischer Tabes sich ergibt. —

Als für die F.'schen Fälle besonders bemerkenswerth ist der definitive Abschluss, welcher der in den Hintersträngen aufsteigende Process innerhalb des verlängerten Markes fand, besonders hervorzuheben. Strabismus mit Diplopie, Pupillendifferenzen, psychische Störungen u. s. w. — wie sie oft früher oder später das Symptomenbild der gewöhnlicheu atactischen Tabes compliciren, mangelten in den erwähnten Fällen gänzlich. Andererseits aber sind die Fälle F.'s ausgezeich-

Digitized by Google

net durch einige bei den gewöhnlichen Tabesformen ausnahmslos fehlende oder nur höchst selten vorhandene Symptome, welche nur auf jene constante Betheiligung des verlängerten Markes bezogen werden können; dahin gehören: Störungen der Sprache, Nystagmus und einige Anomalien secretorischer und vasomotorischer Innervation. Unter diesen ist Polyurie, heftige Salivation und allgemeine Schweisssucht besonders zu erwähnen. Auch die in F.'s Fällen ziemlich gleichzeitig mit jenen Secretionsanomalien auftretenden erythematösen und furunculösen Hauteruptionen, Gefühle von Wallungen und Hitze, sowie äusserst copiöse wässrige Ausscheidungen auf der Magendarmschleimhaut schienen ebenso auf das verlängerte Mark, resp. eine Betheiligung der in demselben gelegenen vasomatorischen Centren hinzudeuten, sowie auch die um dieselbe Zeit beginnenden Anfälle heftiger, manchmal selbst mit Collaps einhergehender Herzpalpitationen, Beengungsgefühl und Athmungsbeschwerden sehr wohl auf eine Betheiligung der am Boden des 4. Ventrikels gelegenen Vaguswurzeln bezogen werden konnten.

Verf. kommt im weiteren Verlaufe seiner Abhandlung auf die Beziehung der atactischen Bewegungsstörung zur Sensibilität zu sprechen.

Die Mehrzahl der gegenwärtig lebenden Pathologen ist bekanntlich der Ansicht, die Ataxie müsse als von den Störungen der sensiblen Sphäre abhängig und wesentlich durch dieselbe bedingt angesehen werden, somit wird ihrerseits so ziemlich in allen Fällen von Ataxie das gleichzeitige Vorhandensein von Sensibilitätsanomalien vorausgesetzt. F. nimmt geradezu den entgegengesetzten Standpunkt ein: nach ihm existiren zweifelsohne Fälle von Ataxie ohne jegliche Beeinträchtigung der Sensibilität und man wird nach ihm, um die Abhängigkeit jener von dieser zu widerlegen, zur Vervollständigung des Beweises noch an jene Beispiele erinnern können, in welchen hohe Grade von Sensibilitätsstörungen ohne jede Spur von Ataxie bestanden. F. macht nun hieher gehörende einschlägige Beobachtungen von Brown, Hebreard, Yelloly, Reid, Späth und Schüppel namhaft und glaubt aus dem so beigeschafften Materiale mit aller Bestimmtheit folgern zu dürfen, dass einerseits hochgradige Ataxie bei völliger Integrität der sensiblen Sphäre und vice versa vollständig erhaltene Coordination der Bewegungen bei completer Vernichtung aller sensiblen Functionen möglich sei. Damit nun wird, F. zufolge, jeder (? Ref.) weitere Versuch, die Ataxie mit Sensibilitätsstörung in Beziehung zu bringen, aufgegeben werden müssen und Verf. glaubt nur annehmen zu können, dass jenen Autoren, welche an der causalen Beziehung der Ataxie zu Sensibilitätsstörungen bisher noch festhalten, Fälle von reiner, uncomplicirter Ataxie noch nicht zu Gesichte gekommen sein können; gerade aber an solche reine Fälle werde man sich halten müssen, wenn man zu einer richtigen Theorie der Ataxie

Digitized by Google

gelangen will und schon ein einziges sicher constatirtes Beispiel von Ataxie, bei welchem Sensibilitätsstörungen entschieden fehlen, oder umgekehrt von Anästhesie ohne jede Coordinationsstörung genüge, um den bestimmenden Einfluss der Empfindung auf die Erhaltung und Beeinflussung der Coordination zu widerlegen und den hierauf basirten Theorien über das Wesen und die Entstehung der Ataxie den supponirten Boden zu entziehen.

Das Vorhandensein von Sensibilitätsstörungen bei Ataxie erklärt sich durch den pathologischen Befund, demzufolge bei Atactikern fast in der Regel die Degeneration mehr oder minder weit in transversaler Richtung sich verbreitet und benachbarte, mit der sensiblen Leitung in innigster Beziehung stehende Abschnitte des Rückenmarks in höherem Grade betheiligt. — Es darf nach unseren bisherigen Kenntnissen als sicher betrachtet werden, dass das Rückenmark an und für sich coordinirende Effecte hervorzubringen ausser Stande ist. Nach einschlägigen übereinstimmenden Resultaten experimenteller Natur ist das Kleinhirn als das eigentliche und hauptsächlichste Centrum für Coordination der Bewegungen anzusehen; indessen scheinen auch Antheile des Mittelhirns, so die Corpora quadrigemina (Serres, Goltz), die Kleinhirnschenkel (Schiff) und die Brücke (Brown-Séquard, Vulpian) eine gewisse Rolle hiebei zu spielen, so dass es den Anschein hat, als ob man sich das Coordinationscentrum nicht etwa als einen umschriebenen Herd, als ein einfaches und beschränktes Conglomerat oder Aggregat von Ganglienzellen vorzustellen hätte, sondern als ein weithin durch die erwähnten Gebilde des Mittelhirnes und das Kleinhirn sich erstreckendes, combinirtes System gangliöser Elemente, das einerseits mit den Herden der Willenserregung, andererseits mit gewissen, im Rückenmark herabsteigenden Leitfasern und durch diese letzteren mit den peripherischen Nerven der gleichzeitig in Thätigkeit zu versetzenden Muskeln in mittelbarer Verbindung steht. Jene die Coordination im Rückenmark vermittelnden Bahnen müssen innerhalb der weissen Hinterstränge gelegen sein; Charcot hat die äusseren Keile derselben (funiculi cuneati, Burdach) als solche bezeichnet.

Die nahezu constant wiederkehrende Coincidenz von atactischer Bewegungsstörung mit Erkrankung der Hinterstränge spricht gegen die Ansicht Ferber's, als ob die Coordinationswege unter physiologischen Verhältnissen durch die graue Substanz des Rückenmarkes hindurchzögen. Die Hinterstränge müssen geradezu als Gebilde angesehen werden, die die Function besitzen, das harmonische Zusammenwirken der einzelnen Muskelactionen zu associirten Bewegungen zu vermitteln, und wird man sich den Uebergang der coordinirenden Einflüsse auf die Muskelbewegungen kaum anders denken können, als durch Vermittlung der grauen Sub-

Digitized by Google

stanz des Rückenmarkes, in welcher Einrichtungen gelegen sein müssen, durch welche die in den Hintersträngen herabsteigenden Coordinationsfasern in mittelbare oder unmittelbare Beziehung zu den grossen motorischen Ganglienzellen der grauen Vorderhörner gelangen. Nach dieser Darstellung ist es ersichtlich, dass das Symptom der Ataxie durch pathologische Vorgänge an verschiedenen Punkten des centralen Nervensystems bedingt sein kann, so dass man factisch bald von einer cerebralen, einer cerebellaren, bald wieder aber von einer spinalen Form der Ataxie sprechen kann, je nachdem dieser oder jener Theil das veranlassende Moment hiezu abgibt.

Zum Schlusse theilt Verf. einige Erfahrungen über die Wirksamkeit des Argentum nitricum bei Ataxie mit. — Wunderlich gebührt das Verdienst, für die interne Anwendung des Argent. nitr. in die Schranken getreten zu sein. Nach ihm wollten auch Charcot, Vulpian, Topinard, Eulenburg, Hasse u. A. günstige Erfolge von seinem Gebrauche gesehen haben, wohingegen Hitzig und Remak nahezu eine absolute Erfolglosigkeit beobachtet haben. Nach Cyon's tabellarischer Zusammenstellung wurde in 76 mit jenem Mittel behandelten Tabesfällen nur 14mal (also etwas über 18%) ein mehr oder minder entschiedener Erfolg constatirt. F. muss bekennen, dass er bei einer grösseren Zahl von atactischen Tabetikern Arg. nitr. in steigender Dosis, oftmals ohne Unterbrechung mehrere Monate hindurch anwendete, ohne auch nur einen günstigen Einfluss auf das Leiden zu bemerken im Stande gewesen zu sein. Höchstens schien mitunter ein kleiner Stillstand der Affection, zuweilen jedoch sogar während des Gebrauches eine allmälig fortschreitende Steigerung der Krankheitssymptome sich bemerkbar zu machen, so dass F. die Erfolglosigkeit des Mittels zugeben muss.

Angesichts der Bogoslowsky'schen experimentellen Resultate, der bei Kaninchen durch andauernde Einführung von Silberpräparaten, entzündliche Reizungen des Nierengewebes und Albuminurie hervorzurufen vermochte, möchte Verfasser, wenngleich er in seinen Fällen etwas Aehnliches nicht nachzuweisen vermochte, denn doch zu einer gewissen Vorsicht bei eventuellem Gebrauche des Mittels wärmstens anrathen.

Drozda.

430. Beobachtung eines Falles von Situs viscerum inversus (mutatus) oder Transpositio lateralis (Rokitansky). Von Dr. Müller in Oynhausen. (Deutsche Zeitschrift für prakt. Med. 1876, Nr. 27.)

Bei einem an Phthisis pulmonum erkrankten Sträflinge konnte M. die Transpositio lateralis noch während des Lebens diagnosticiren. Sprachen schon die Verhältnisse im Thoraxraume für eine solche Anomalie, indem der Herzstoss auf der rechten Brustseite im 5. Intercostalraume zu fühlen war, und die Auscultation die zwar normalen Herztöne nur rechterseits,

Digitized by Google

doch in umgekehrter Ordnung vernehmen liess, während auf der linken Brustseite der Lungenton von der 6. Rippe ab in den Schenkelton überging, so liess die genaue physikalische Untersuchung des Unterleibes an der Diagnose des Situs inversus nicht mehr zweifeln. Denn im rechten Hypochondrium war statt der Leberdämpfung ein tympanitischer Ton zu hören, der aber sofort in den matten und leeren Schall überging, sobald der Patient nach der Mittagsmahlzeit die rechte Seitenlage einnahm. Nahm der Kranke bei leerem Magen Flüssigkeiten zu sich, so sprachen auch die auscultatorischen Zeichen dafür, dass der Magen im rechten Hypochondrium seinen Platz habe. Im linken Hypochondrium fand sich ein Organ, welches ganz und gar den Umfang und die Consistenz der Leber zeigte; im rechten Hypochondrium bestand in der Axillarlinie von der 9. Rippe an Dämpfung, welche auf die Milz bezogen werden musste.

Die Section (Kranker erlag rasch der Phthise) bestätigte vollkommen die gestellte Diagnose. Die rechte Lunge ist zwei-, die linke dreilappig. Das Herz liegt unter dem Sternum in ganz verticaler Position; die arterielle Seite rechts, die venöse links. In der rechten Vorkammer die Mündungen der vier venae pulmonales. In der rechten Herzkammer die valv. mitr. Aus dem rechten Herzen entspringt die Aorta. Im linken Vorhof die Mündungen der beiden venae cavae und die valv. tricusp. Aus der linken Kammer entspringt die Arter. pulm., der Oesophagus an der rechten Seite der Wirbelsäule, links von der Aorta. In der Bauchhöhle nimmt der sehr ausgedehnte Magen zunächst den ganzen oberen Theil der Unterleibshöhle ein; seine Cardia befindet sich im rechten Hypochondrium und mit dem Pylorustheil ragt er bis in die Mitte des linken Hypochondriums hinein. Seine Curvatura maior liegt unterhalb des Nabels. Die Speiseröhre mündet rechterseits in den Magen. Die Leber liegt im linken Hypochondrium; der rechte grosse Lappen ist zum linken, der linke kleine zum rechten geworden. Gleichfalls verkehrt gelagert liegt das Pancreas. Das Duodenum befindet sich in der linken Seite; ebenfalls in der linken Seite befindet sich das col. ascend. mit dem Process. vermif. Das col. descend. geht schräg von rechts und oben im Becken nach links und unten in das Rectum über. Die Milz liegt in der rechten Seite und zwar mit ihrem Längsdurchmesser des Körpers. Der rechte Hoden hängt tiefer als der linke. Im Uebrigen zeigen sämmtliche Organe die gewöhnliche Beschaffenheit. Jellinek.

431. Note sur un cas de maladie d'Addison avec altération des capsules surrénales et de la moelle lombaire. Par le Dr. E. Demange. (Revue médicale de l'Est 1. Fev. 1877.)

D. theilt einen exquisiten Fall von Addison'scher Krankheit mit, der mit den Erscheinungen einer diffusen Myelitis complicirt war. Die Section ergab bei normalen Verhältnissen der übrigen Eingeweide käsige Degeneration der beiden auf Wallnussgrösse angeschwollenen Nebennieren.

Digitized by Google

Der Bauchsympathicus wurde nicht untersucht. Am Rückenmark fand sich eine auf den Lendentheil beschränkte Erweichung, deren genauere Untersuchung die Vorderhörner intact, dagegen hauptsächlich die Hinterhörner, sowie die Seiten- und Hinterstränge befallen zeigte.

Die Gefässe waren an dieser Stelle bedeutend erweitert, theilweise mit schwarzen Pigmentschollen vollgestopft, daneben zahlreiche Hämorrhagien.

D. nimmt Anlass, die Möglichkeit eines Zusammenhanges beider Affectionen in Erwägung zu ziehen. Bei der innigen Beziehung des Bauchsympathicus mit dem Lendenmarke könnte man vielleicht ungezwungen die spinale Affection, deren Erscheinungen in dem Falle auch der Bronzefärbung der Haut vorangingen, als die primäre Erkrankung annehmen.

D. bedauerte, in keinem der Sectionsprotokolle von Morb. Addison die Verhältnisse des Rückenmarkes erwähnt zu finden, dessen vielleicht constante Veränderung umsoweniger unwahrscheinlich sei, da in mehreren Fällen käsige und tuberculose Erkrankungen der Lendenwirbelsäule notirt seien. Boese.

432. Die Typhuserkrankungen der Garnison Stargard i. P. in den Jahren 1872, 1874 und 1875. Von Stabsarzt Dr. Jahn. (Deutsches Archiv f. klin. Medicin. Band XVIII, Heft 4 und 5.)

Aus der mit grosser Sorgfalt gemachten Arbeit des Verf. über die Typhuserkrankungen der Garnison Stargard heben wir hier nur die Schlusssätze, die sich auf die Wirkung der Salicylsäure und ihres Natronsalzes beziehen, hervor:

1. Bei kräftigen, jugendlichen Individuen männlichen Geschlechtes scheint die reine Salicylsäure in grossen und häufigen Dosen neben ihrer antipyretischen Wirkung einen heilenden Einfluss auf den Verlauf des typhösen Processes selbst auszuüben.

2. Die indirecte Folge der antipyretischen Wirkung der Salicylsäure ist das schnelle Verschwinden der Störungen in der Gehirnsphäre; die Kranken fühlen das Bedürfniss nach Trank und Speise, sie sind im Stande, dasselbe selbstständig zu befriedigen, empfinden das Bedürfniss der Lageveränderung und verhindern so den Decubitus.

3. Von directem Einflusse scheint die Salicylsäure auf die Verdauungsorgane zu sein: das Entstehen von Durchfällen wurde nicht beobachtet, vorhandene Durchfälle schwanden in den ersten Tagen der Behandlung, um nicht wieder aufzutreten, die Zunge bleibt oder wird schnell feucht, reinigt sich bald, der Appetit findet sich verhältnissmässig schnell wieder.

4. Die Folge hievon ist, dass die Kranken im Ganzen wenig herunterkommen, die Reconvalescenz beschleunigt, die Schlagfertigkeit schnell wieder hergestellt wird.

Digitized by Google

5. Dagegen scheint die reine Salicylsäure in grossen und häufigen Dosen, nach der Buss'schen Methode gegeben, Reizzustände in den ersten Respirationswegen (Angina und Pharyngitis) erheblich zu steigern, vielleicht sogar welche hervorzurufen. Ob auch Entzündungszustände der Lungen gesteigert, respective erzeugt werden, ist möglich, doch nicht erwiesen.

6. Das salicylsaure Natron in grossen Dosen und häufig gegeben, hat ganz dieselbe antipyretische Wirkung und denselben heilbaren Einfluss auf den Verlauf des typhösen Processes, wie die reine Salicylsäure, nur ist die Einwirkung in Folge der schnelleren Assimilation eine rapidere, wenn auch vielleicht schneller vorübergehende.

7. Das salicylsaure Natron hat den Vorzug vor der reinen Säure, dass Reizzustände in den Respirationswegen nicht hervorgerufen, vorhandene nicht vermehrt zu werden scheinen, so dass ohne Aussetzen bei 24 Dosen à 5·0 Grm. hinter einander gegeben werden konnten.

8. Bei beiden Methoden wurden keine nennenswerthen und störenden Nebenwirkungen beobachtet.

9. Diesen Vorzügen gegenüber scheint die bei typhösen Zuständen vorhandene Neigung zur Epistaxis durch beide Präparate erhöht zu werden, wobei in einzelnen Fällen so profuse Blutungen entstehen, dass dieselben der sofortigen Stillung durch die hintere Tamponade bedürfen.

10. Die Neigung zu Darmblutungen dürfte andererseits, wenn die Kranken frühzeitig in die Salicylsäurebehandlung eintreten, vermindert, wenn nicht ganz aufgehoben werden.

11. Trotz des etwas erhöhten Preises wird für die Darreichung grosser und häufiger Gaben stets das Natronsalz den Vorzug verdienen, und zwar in der von Riess empfohlenen Form, da dieselbe die billigste, bequemste und für den Geschmack angenehmste ist.

12. Um eine durch die profuse Schweisssecretion möglicherweise hervorgerufene erhöhte Uebertragbarkeit der Infection mehr oder weniger auszuschliessen, wird es sich empfehlen, bis weitere Beobachtungen diese Möglichkeit ganz beseitigt haben, die Kranken nach beendetem Schweissstadium warm zu baden, eine Massnahme, die auch aus Rücksicht auf die Reinlichkeit von wohlthätigem Einfluss ist.

13. Recidive werden durch die Salicylsäurebehandlung nicht vermieden, scheinen namentlich leicht in solchen Fällen aufzutreten, in denen das Fieberstadium sehr wirksam durch die Salicylsäure beeinflusst und abgekürzt, eine Reconvalescenz überraschend schnell eingeleitet wurde. Es empfiehlt sich unter solchen Umständen vielleicht, das salicylsaure Natron in kleinen Dosen noch einige Zeit während der Reconvalescenz fortbrauchen zu lassen. Riegel.

433. Primärer Krebs beider Nebennieren, Metastasen in fast allen Organen, besonders im Magen und Darm. Höchst latenter Ver-

Digitized by Google

lauf. Von Dr. Raphael Hausmann in Meran. (Berliner klin. Wochenschrift 45, 1876.)

Ein 62jähriger, früher gesunder Mann, der aus einer Familie stammte, deren meiste Mitglieder ein hohes Alter erreichten, und 2 seiner Geschwister an Phthisis pulm. verloren hatte, fiel vor 3 Jahren auf eine Eisenbahnschiene, verletzte sich damals am Oberarme und konnte sich seit dieser Zeit nicht erholen. Seine Verdauung nahm ab, zeitweilig bekam er bald hier, bald dort Schmerzen, litt an permanenter Schlaflosigkeit und Stuhlverstopfung und endlich trat nach einer Erkältung Katarrh auf beiden Lungen, geringe aber langwierige Hämoptoe und Schmerz in der Gegend des unteren r. Lungenlappens ein.

Am 2. November 1875 war Pat. blass, abgemagert. Die rechte Thoraxhälfte hebt sich schlechter als die linke, beiderseits vorne etwas matterer Percussionsschall, Auscultation rechts normal, links vermindertes kaum hörbares Athmen. Rechts hinten unten, 2 Finger oberhalb der Lebergrenze Dämpfung, unbestimmtes In- und Exspirium und an einer der Axillarlinie nahegelegenen Stelle deutliches Bronchialathmen. Herz nach links und rechts etwas breiter. Töne rein. Radialarterien federkielhart. Leber normal, Milz vergrössert.

Am 6. November blieb dem Pat. beim Essen ein Stück Fleisch im Oesophagus stecken, welches mit der Sonde weiterbefördert wurde. Patient wird appetitlos, hat keinen Stuhl. In den nächsten Tagen treten rostfarbene Sputa auf. Temperatur nicht über 38°. Pat. ist bettlägerig. Am 2. December deutliches Reibegeräusch in der r. Axillarlinie. Oedem an den Knöcheln. Urin frei von Eiweiss. Am 4. December Temper. etwas über 36°, Collaps; am 6. December Exitus letalis. Prof. Köbner aus Breslau machte die Section am 8. December, bei der sich eine Carcinose fast aller Eingeweide herausstellte. Aus dem ausführlichen Sectionsprotokolle entnehmen wir das Wichtigste. Im rechten Cavum pleurale etwa $^3/_4$ Pfund klarer Flüssigkeit. Unter der Pleura costalis sowohl rechts als links eine Anzahl weisser durch die Pl. cost. durchschimmernder erbsen- bis mandelgrosser derber Knoten, welche, durchschnitten, meist sich vollständig zwischen Pleura und Thoraxmuskeln ausschälen lassen. Durch die Pleura durchschimmernd ganz vereinzelte, weisse, platte Knoten, welche überall nur in der Dicke der Pleura liegen, nirgends in das Parenchym eingreifen. Der r. untere Lungenlappen grau hepatisirt, aus zahlreichen kleineren und grösseren Bronchien entleert sich grünlicher zäher Eiter, namentlich ist die untere Hälfte des Lappens ausserordentlich reichlich von solchen peribronchitischen Herden durchsetzt. Die Wand dieser Bronchien bis auf das 6fache verdickt. Die Retrobronchialdrüsen bilden eine mehr als kinderfaustgrosse Geschwulst, welche zum Theile verkäst und zerfallen ist. Herzfleisch blass, mürbe. Aorta thoracica und abdominalis zeigen allenthalben das Bild der Endarteriitis deformans. Magen aber etwas kleiner, an seiner vorderen und hinteren Oberfläche 5—8 zerstreut sitzende Knoten. Cardia, Pylorus, sowie die beiden Curvaturen frei. Durch alle Schlingen des Darmes, und zwar sowohl an der vorderen wie hinteren Fläche, aber nirgends an der Mesenterialinsertion, schimmern Knoten verschiedener Grösse, meistens weiss, zuweilen hämorrhagisch hindurch. Die Schleimhaut des Dünndarms katarrhalisch geschwellt, mit zahlreichen dichtstehenden schwärzlichen Punkten besäet. Nirgends sind die Knoten nach innen zerfallen oder nach aussen perforirt. Die Nebennieren sind zu Geschwülsten von ungewöhnlicher Grösse und der Form von unregelmässigen Dreiecken mit abgerundeten Ecken umgewandelt. Die rechte ist etwa $1^1/_2$" hoch und etwa $^3/_4$" dick, die linke erreicht bei gleichem Dickendurchmesser $1^3/_4$—2" Höhe. An der Oberfläche höckerig, von äusserst zahlreichen weissen Knoten, welche durchschnitten, zum grossen Theile noch derb, selten breiig sind, erscheint ihre Schnittfläche gleichmässig infiltrirt von weisser, an vielen

Digitized by Google

Stellen kleine Höhlen bildender Aftermasse, in welcher zahlreiche Hämorrhagien stattgefunden haben, namentlich in der l. Nebenniere. Die beiden Nieren, die Leber und Milz zeigen an ihrer Oberfläche ebenfalls platte Knoten. Die Leber nicht vergrössert, blutreich, zeigt 3—4 erbsengrosse Knoten im Parenchym, welche vom normalen Gewebe scharf abgegrenzt sind. Die Nieren gross, besonders die linke, welche einen hufeisenförmigen Hilus mit 2 Uretheren hat.

H. resumirt schliesslich die ganze Krankengeschichte und kommt zu folgenden epikritischen Bemerkungen: Es handelt sich hier um eine allgemeine Carcinose, deren primärer Herd nach dem Umfange, der Höhe, dem Alter und der Entwicklung in den Nebennieren gesucht werden muss. In allen übrigen Organen sind nur metastatische Knoten. Trotzdem war hier keine auffällige Hautfärbung, und dies ist ein neuer Beweis, dass die ursprüngliche Addison'sche Theorie von der Zusammengehörigkeit der Broncehaut und Degeneration der Nebennieren, nicht als unbedingt giltig betrachtet werden kann.

Es gibt Fälle, bei welchen während des Lebens die Diagnose auf Carcinom überhaupt unmöglich ist. Trotzdem hier an 200 Krebsknoten vorhanden gewesen, so boten die Magen- und Darmknoten weder Symptome von Geschwüren der Schleimhaut, noch von Peritonitis, was anatomisch durch die eigenthümliche Einbettung aller Knoten zwischen Mucosa und Peritoneum ebenso aufgeklärt wurde, wie durch ihren Sitz der Mangel aller Erscheinungen von Cardia- und Pylorusstenose.

Die Anamnese ergibt mit Wahrscheinlichkeit die Abhängigkeit der krebsigen Erkrankung von dem 3 Jahre vor dem Tode erlittenen und als Ausgangspunkt aller ernsteren Leiden eruirten Trauma. Auffallend ist hier, sowie bei anderen Krankengeschichten des Morb. Addison die permanente Schlaflosigkeit seit jenem Trauma. Die Cur in Kissingen, sowie die (freilich nur kurze) Traubencur in Meran erwiesen sich als nachtheilig und vermehrten die Stuhlverstopfung. Hermann Hertzka.

434. Hemmung epileptischer Anfälle. Von A. Nothnagel. (Berl. klin. Wochenschr. 1876. Nr. 41.)

Eine 37jährige Frau leidet seit ihrem 18. Jahre an epileptischen Anfällen, welche, meist erst nach längeren Intervallen wiederkehrend, regelmässig durch eine Aura eingeleitet werden. Dieselbe beginnt $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde vor dem Eintritt der Bewusstlosigkeit und der allgemeinen Convulsionen; die Kranke verspürt ein eigenthümliches, beängstigendes Gefühl im Epigastrium; diese unnennbare Empfindung steigt dann gleichsam hinter dem Sternum bis zum Halse empor, und die Kranke muss beschleunigt und seufzend athmen; dann geht die Sensation wieder abwärts, und dies kann sich noch einige Male wiederholen, bis es endlich „zum Kopfe hinaufsteigt" und der Anfall eintritt.

Der Kranken war von einer Frau der Rath gegeben worden, sobald sie diese Empfindungen bekomme, eine Handvoll Salz hinabzuschlingen; dieses Mittel schlug nicht fehl, und seit jener Zeit vermag die Kranke,

Digitized by Google

sobald sie nur das Salz rechtzeitig bei der Hand hat, jeden Anfall zu coupiren. — Es handelt sich nach Nothnagel's Ansicht hier wie in verschiedenen anderen analogen Fällen um eine einfache Reflexhemmung. Es ist ja sehr wahrscheinlich, dass der Sitz der abnormen Sensationen vor dem Anfalle bei dieser Kranken im Vagus zu suchen ist; die energische sensible Reizung, welche durch das Verschlucken einer grösseren Menge Kochsalz bewerkstelligt wird, trifft also ebenfalls in Speiseröhre und Magen die Endigungen des Vagus; wir haben also einen analogen Vorgang, wie das bei einer Aura in der Extremität gebräuchliche Umschnüren derselben.

In Nr. 46 ders. Zeitschrift erinnert Ludw. Meyer daran, dass er bereits vor mehr als 20 Jahren in den Charitéannalen seine Versuche mitgetheilt habe, die epileptischen Anfälle durch grosse Chiningaben zu coupiren, was ihm auch in mehreren Fällen gelang. — Es dürften aber Meyer's Chiningaben in ganz anderer Weise gewirkt haben als das Kochsalz, von dem Nothnagel annimmt, dass es rein reflectorisch als peripherer Reiz auf den Vagus den Anfall unterdrückt.

Obersteiner.

435. Plötzlicher Tod durch Embolie. Von Dr. R. H. Fitz. (The Boston med. and surg. Journ. Fol. XCVI Nr. 4. 1877. pag 93—105.)

Unter Zugrundelegung von 6 sehr gut und ausführlich beschriebenen Fällen mit Sectionsberichten bespricht Dr. Fitz die Erscheinungen der letalen Embolie und die Möglichkeit, nach den prodromalen Krankheitserscheinungen eine solche erwarten zu können. Die Fälle waren 1. ein leichter Typhus in der Reconvalescenz; kein Anhaltspunkt für den Ausgangspunkt der Embolie; 2. grosse Krebsgeschwulst des rechten Ovariums, ebenfalls ohne Ursache der Embolie; 3. eine leichte Puerperalerkrankung in Genesung, Thrombi in der rechten Eierstocksvene und im Plexus vesicae; 4. alte, geschwürige Wunde des Unterschenkels; Insufficienz der Aortaklappen und Veränderungen an der Mitralis (Erweiterung des Orificiums und Rauhigkeit der Klappenränder); grosser Thrombus in der linken Vena femoralis von der Mitte des Schenkels bis in die Vena illiaca reichend; 5. Thrombo-phlebitis vor $1^1/_2$ Jahren, sehr interessanter Fall, verhältnissmässiges Wohlbefinden, Tod in $^1/_2$ Stunden; Dilatation, Hypertrophie des Herzens durch Insufficienz der Aortaklappen, keine Fettdegeneration; 6. Caries des Handgelenks, kein Ausgangspunkt der Embolie gefunden. Analyse der Fälle:

Ein gemeinsamer Befund war bei allen Fällen Schwäche, doch von verschiedenem Grade, wenig bedeutend in Fall 1 und 3, die in Genesung waren, in Fall 5 deutete die vorausgegangene Thrombo-phlebitis auf einer Ueberlandreise nach Californien auf eine Störung der Circulation und auf die Möglichkeit einer ernsten Erkrankung hin, wirkliche Schwäche war bei dem fortgesetzt thätigen Leben des Mannes nicht anzunehmen und die

Digitized by Google

Herzerscheinungen waren nicht gross genug, um die Aufmerksamkeit auf das Herz zu lenken. In den 3 anderen Fällen war die Cachexie deutlich genug ausgesprochen, besonders beim Krebs. Die Erscheinungen konnten mit Ausnahme des 5. Falles nicht direct Embolie diagnosticiren lassen, vielleicht indirect aus Erscheinungen, die auf eine vorausgehende kleinere Embolie deuten könnten. In Fall 1 fand sich ältere Embolie eines Astes 3. Ordnung der rechten Art. pulmon. ohne Infarct, in Fall 4 gleiche Embolie ohne Infarct, aber mit 2 kleinen hämorrhagischen Herden an der Peripherie des rechten Oberlappens, in Fall 5 ältere Embolie eines Astes 2. Ordnung der linken Art. pulm., während in den 3 anderen Fällen die Embolie sofort tödtlich war, also unter den 3 Fällen von früherer Embolie nur einmal embolische Pneumonie, wie es auch von Cohnheim und Litten (Virchow's Arch. 1875, XXV, 99) beobachtet worden; nach ihnen ist zur Entstehung der Infarcte entweder Verlangsamung des Capillarstromes oder vermehrter Widerstand gegen die Entleerung der Ven. pulmon. erforderlich, ersteres tritt ein bei multipler Embolie und verminderter Thätigkeit des rechten Herzens nach langem Fieber und bei Fettdegeneration, das letztere bei linksseitiger Klappenerkrankung. In Fall 4 fand sich eher Insufficienz als Stenose, doch zeigten Leber und Nieren ohne localen Grund durch die chronische passive Congestion auf gehinderte Circulation in den Lungen hin. Mit Anführung der Beschreibung Jürgensen's (v. Ziemssen's Handbuch p. 251) und Gerhardt's (Samml. klin. Vortr. XCI. 726) bestätigt Fitz das Fehlen von blutigen Sputis, Frostanfall oder Fieber; nur Dyspnoe war immer, wenn auch nicht überall, sehr bedeutend vorhanden; in 2 Fällen plötzlicher Husten, in 1 Ohnmachtsanfälle; bei 2 weiteren je Angstgefühl oder Unbehagen, plötzlich eintretend, und in 1 Falle bei gesundem Herzen Unregelmässigkeit des Pulses. Ein wichtiges Moment ist das Auftreten von Erscheinungen, die sich auf Lunge und Gehirn beziehen und bei Bestehen chronischer Herzerkrankungen oder eines Thrombus hohen Verdacht erregen müssen. Am wichtigsten ist natürlich der Nachweis des Bestehens einer Lungenembolie als mechanischer Todesursache. In 4 Fällen war der Embolus gross genug, um von ihm directen, raschen Tod durch Suffocation zu erwarten, und doch erfolgte der Tod in 2 Fällen erst durch das Wachsen des Thrombus, der sich von den Arterienzweigen in den Hauptstamm gegen das Herz fortsetzte; in dem einen Falle war der Thrombus gegen das Herz konisch zugespitzt umgebogen und setzte sich in die andere Art. pulm. fort, im anderen erstreckte sich der Thrombus bis in den rechten Ventrikel. Es kommt also ausser der sofort tödtlichen Embolie noch Tod durch stetiges Wachsen des Embolus durch Ablagerung von Fibrin aus dem Blute und Verlegung der Herzöffnungen und der anderen Art. pulm. zur Beobachtung.

Die Symptome der sofort tödtlichen Embolie sind: plötzliche, äusserste Dyspnoë bei offenen, freien Luftwegen, durch Verhinderung der Kohlen-

Digitized by Google

säureabgabe, noch mehr durch Verhinderung der Sauerstoffaufnahme, Husten und Brustschmerz, Lividität oder Blässe, rasch abnehmender Puls (Schwächung der Herzkraft und Unregelmässigkeit der Function in Folge der Erweiterung der rechten Herzhälfte und verminderter, ungenügender Blutzufuhr für den Herzmuskel, sowie durch Paralyse des Vagus), kalte Schweisse, hohes Angstgefühl und Anfälle von Ohnmacht, Schwäche oder Bewusstlosigkeit mit oder ohne Krämpfe.

Der Tod erfolgte in 2 Fällen binnen 15 Minuten durch raschen Verschluss der beiden Art. pulm., beziehungsweise Fortsetzung des Thrombus in das Herz; in den anderen in $^1/_2$—2 Stunden durch langsame Verminderung der Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureabgabe. Zum Schlusse bespricht noch Fitz die Differentialdiagnose, Verschluss der Luftwege, Nervenverletzungen, besonders Gehirnläsionen und Embolien der Lungen durch Blut und Luft; Fettembolie hat keine so rasche Wirkung.

Popp.

436. Ueber einen geheilten Fall von hysterischem Mutismus. Von Dr. Lionville und Dr. Debove. (Paris, Publication du Progrès médical 1876.)

Ein hereditär stark belastetes 18jähriges Mädchen zeigte schon seit längerer Zeit periodenweise auftretende Anfälle von Lachen, Zähneknirschen u. dgl., war im Uebrigen aber gesund. Nach unangenehmen Familienscenen wurde sie aphonisch, sie konnte nur mit leiser Stimme sprechen, bis sie im Verlaufe von 2 Monaten gänzlich stumm wurde. Länger als ein Jahr hielt dieser Zustand trotz aller dagegen angewendeten Mittel in der gleichen Weise an, dabei konnte sie ungehindert ihre Arbeiten in der Fabrik fortsetzen.

Bei genauer Untersuchung nach ihrer Aufnahme in das Hôtel-Dieu zeigte sich eine Paralysis laryngea, ausserdem wurden auch Anästhesie des Larynx, sowie Schmerzhaftigkeit des rechten Ovariums constatirt.

Die Verfasser gingen nun von der Idee aus, dass gewisse hysterische Symptome häufig gelegentlich eines hysterischen Anfalles schwinden, und beschlossen durch Compression der Ovarien künstlich einen Anfall zu erzeugen. — Es wurde also ein sehr heftiger schmerzhafter Druck auf die Ovarien ausgeübt, bis die Kranke im Stande war, die Worte „Sie thun mir weh" auszusprechen. Bei dem zweiten Versuche wurde die Compression so lange fortgesetzt, bis — nach einer Viertelstunde — ein heftiger hysterischer Krampfanfall eintrat; von jetzt an stellten sich die Anfälle sehr häufig ein — mehrere in der darauffolgenden Nacht; — nach jedem Anfalle wurde aber die Stimme lauter, die Anästhesie des Pharynx schwand ebenfalls — und nun konnte die Kranke — „geheilt" entlassen werden; allerdings brachte das Mädchen nun statt des Mutismus constante Schmerzen im Ovarium und die häufigen jedesmal circa 10 Minuten an-

Digitized by Google

dauernden hysterischen Convulsionen aus dem Hospitale mit; demgemäss dürfte diese Methode, hysterischen Mutismus zu heilen, kaum ihre Anhänger finden. Obersteiner.

437. Fall von Enteritis phlegmonosa. Von Fr. Belfrage und P. Hedenius. (Upsala läkerefören förh. 1875. Schm. Jahrb. 1876, Referat von Walter Berger.)

Ein 52jähriger, früher gesunder Mann wurde am 3. October 1875 plötzlich von Schmerzen im Rücken, in den Armen und Beinen und im Magen befallen; in der Nacht Erbrechen; kein Stuhlgang auf Abführmittel. Am 6. October fand Belfrage den Kr. matt, mit eingesunkenen Augen, kalten Händen und Füssen, kleinem Pulse (120—130), mit heftigen, bei Linkslage etwas abnehmenden Leibschmerzen. Andauerndes Erbrechen stark saurer, gallig gefärbter Schleimmassen. Leib aufgetrieben, überall, besonders links vom Nabel druckempfindlich, überall tymp. Schall. In der rechten Cruralgegend eine taubeneigrosse, druckempfindliche, weiche, elastische (angebl. seit 3 Jahren sonst symptomlos bestehende) Geschwulst. B. diagnosticirte eine eingeklemmte Cruralhernie mit Peritonitis und machte nach vergeblichen Repositionsversuchen die Herniotomie, wobei jedoch die Geschwulst als Fettgeschwulst und keine Hernie sich zeigte. Der Kranke starb rasch.

Die Section fand eine etwas trübe, purulente, peritoneale Flüssigkeit, Periton. pariet. und viscerale stellenweise stark injicirt, Därme stark aufgebläht. Der aufgetriebene Magen enthielt etwas bräunliche Flüssigkeit, der Dünndarm eine breiige, gelbgefärbte Flüssigkeit nebst einigen Ascariden. Gleich unterhalb des etwas erweiterten Duodenum begann eine Erweiterung des Jejunum von etwa 18 Centimeter Länge und 14 Centimeter Umfang, die Darmwand daselbst etwa bis 1 Centimeter verdickt. Die Schleimhaut an dieser Stelle graulichgelb verfärbt, an den geschwollenen und breiten valvul. conniventes eine Menge hellgelbe und trübe Flecke, an welchen die Schleimhaut oberflächlich ulcerirt war; der Boden dieser geschwürigen Stellen eitrig infiltrirtes, lockeres Gewebe. Viele der Eiterkörperchen in fettigem Zerfalle begriffen. Die Submucosa 8 Mm. dick, mit Eiter infiltrirt. Die Muscularis 3 Mm. dick, unter der Serosa eine Menge gelber, trüber Flecke und Streifen. Von aussen auf der Serosa dünne, fibrinöse Pseudomembranen, erweiterte verzweigte Lymphgefässe. Nach oben nnd unten von dieser Stelle nahmen die beschriebenen Läsionen allmälig ab. Duodenalschleimhaut grauroth. — Die Untersuchung von in Müller'scher Flüssigkeit und dann in Chromsäure gehärteten Stücken der Darmwand zeigte auch die eitrige Infiltration aller Darmschichten.

Der Befund entsprach also einer Phlegmone oder einem sogenannten Pseudoerysipel der Haut; wie da die subcutane, so machte hier die submucöse eitrige Infiltration die infectiöse Natur der Erkrankung wahrscheinlich. Bettelheim.

438. Beitrag zur Casuistik der progressiven perniciösen Anämie. Von Dr. Krieg in Stuttgart. (Württemb. Corr. Bl. 44 der prakt. Arzt, 1875.)

Im Gegensatz zur Chlorose fällt die Krankheit vorzugsweise nicht in die Zeit der Geschlechtsentwicklung, sondern der Reife, in's 3. bis 5. Decennium, und kommt meist beim weiblichen Geschlecht vor — unter 27 Fällen sind 3 Männer.

Digitized by Google

Die wesentliche Ursache der Krankheit ist unbekannt, ihr wichtigstes Zeichen die Veränderung des Bluts in Menge und Beschaffenheit, Anämie und Hydrämie, von der sich mit Ausnahme des Fiebers sämmtliche übrigen Symptome ungezwungen als secundäre ableiten lassen. Die Kranken zeigen enorme Blässe, ihre Haut ist wachsartig blass, klagen über Schwäche, Schwindel, Ohnmachten, Athemnoth, Herzklopfen, es treten Oedeme und Ergüsse in die Höhlen der serösen Häute auf, der Puls ist etwas beschleunigt, aber weich; am Herzen und an den grossen Gefässen hört man accidentelle Geräusche, an den grossen Halsvenen Nonnengeräusche; es ist hämorrhagische Diathese vorhanden, die sich in Blutungen aus den Nasen-, Zahnfleisch-, Hirn- und Retinalgefässen äussert. Das die Krankheit begleitende Fieber ist wenig intensiv, atypisch und kann sogar wochenlang intermittiren. Es ist nicht Ursache, sondern Folge der Anämie, was schon daraus hervorgeht, dass es erst auftritt, nachdem die Anämie schon länger bestanden hat, und wird wahrscheinlich durch den gesteigerten Zerfall von Blutbestandtheilen hervorgerufen.

An der Leiche findet man einen bei der Anämie auffallenden Panniculus adiposus. Die Haut und Schleimhäute äusserst blass, hie und da durch Petechien gefleckt, Oedeme, seröse Ergüsse in die verschiedenen Körperhöhlen, Vergrösserung und Dilatation des Herzens, fettige Degeneration der Herzmusculatur, besonders der Papillarmuskeln, der Intima der Arterien, ferner (Ponfick, Immermann) der Leberzellen, Magendrüsen und Nierenepithelien, Hämorrhagien der serösen und Schleimhäute, der Retina. Im Uebrigen zeigen die Organe nur die höchsten Grade von Blutarmuth. Das Blut ist blass, dünnflüssig, gerinnt unvollständig. Es kann relative Leukocytose vorhanden sein (Ponfick), oder fehlen. Die Zahl der rothen Blutkörperchen ist immer vermindert.

Von der Chlorose unterscheidet sich die perniciöse Anämie durch ihren schlimmen Verlauf und ihr Vorkommen im reifen Alter; von der hochgradigen Anämie, welche bei schnell entstandener und bedeutender Albuminurie auftritt, durch das Fehlen des Eiweisses im Urin; durch das Fehlen der absoluten Vermehrung der weissen Blutkörperchen und der lymphatischen Tumoren von der Leukämie, der Broncehaut und Tuberculose der Nebennieren, von Morbus Addisonii.

Bettelheim.

439. Verengerung der Pupille bei Herzkranken. Von A. de Giovanni. (Ann. univ. 231, Schn. Jahrb. 1876.)

G. hat bei 3 Herzkranken mit bedeutenden Circulationsstörungen (Lebervergrösserung, Oedeme etc.) eine constante Verengerung beider Pupillen beobachtet. Alle 3 Kranke (Stenos. ostii aortae, Insuff. valv. mitr.; Stenos ost. venos. sin. und insuff. der bicusp.; Stenos. ostii aortae, insuff. bicusp.) litten stark an Dispnoë. — Reizung und Exstirpation des Sympathicus cervicalis haben Pupillenerweiterung zur Folge und G. will

Digitized by Google

daher die in seinen Fällen beobachtete Pupillenverengerung als eine paralytische ansehen (Wirkung des vom Oculomotorius innervirten Sphincter allein bei Ausfallen der Sympathicusinnervation). Eine Affection des oberen Theiles des Rückenmarkes oder der peripherischen Aeste des Ganglion cervicale primum zur Iris anzunehmen, lag kein weiterer Grund vor. Hingegen ist G. geneigt, Erkrankung dieses Ganglion selbst anzunehmen, da er bei der Section eines jener 3 Kranken (ähnlich wie schon früher bei anderen Personen, die nach langwierigen Circulationsstörungen gestorben waren) Läsionen (starke Hyperämie des Nervengewebes mit starker Infiltration mit Lymphkörperchen) im Ganglion cervicale primum gefunden hat. Starke Hyperämie allein reicht zur Entstehung der Myosis paralytica nicht aus, da sie bei Herzkranken oft genug — wie in allen anderen Organen — besteht, es muss vielmehr eine besondere pathologische Complication, unter der auch Herz und Lunge leiden, vorliegen, wenn es zu jenem Symptome kommen soll.

G. ist daher geneigt, jenem Symptome bei Herzkranken eine prognostische Bedeutung, eben wegen der drohenden Gefahr für Herz- und Lungeninnervation, beizumessen. Bettelheim.

440. Ein letal verlaufener Fall von Koprostasis bedingt durch einen Kalkstein. Von Dr. Bauer. (Jahrb. für Kinderheilk. 9. A. 4. H.)

Ein 8 Jahre alter Knabe, von dem erzählt wurde, dass er seit seiner Geburt an Verdauungsstörungen und hartnäckiger Stuhlverstopfung leidet, dass er insbesondere einige Wochen vor seiner am 26. März erfolgten Aufnahme in das Stettiner Kinderspital keinen Stuhl gehabt habe, war hochgradig abgemagert, der Bauch stark aufgetrieben, und starb 2 Tage nach der Aufnahme unter den Erscheinungen hochgradigen Angstgefühls, an Luftmangel und Collaps ziemlich plötzlich.

Bei der Obduction fand man: das Zwerchfell stark nach oben gedrängt und dadurch die Lungen comprimirt.

Der Dickdarm ist enorm ausgedehnt und nimmt folgenden Verlauf: Das normal gelegene colon ascendens biegt sich in der Höhe der 4. Rippe noch einmal nach abwärts bis zur spin. illiac. sup., geht dann schief nach links und oben, um als normal situirtes colon descendens zum kleinen Becken zu gelangen, von wo er abermals umbiegend fast bis zum scorbiculum cordis gelangt, wieder umbiegt, um als rectum, fast genau in der Mittellinie die Afteröffnung zu erreichen.

Das Rectum hat einen Querdurchmesser von 16 Cm. und enthält einen faustgrossen Kothstein, der nach Art eines Kugelventils wirkend, wohl von unten her in die Höhe gehoben werden kann, bei Druck von oben her den Austritt festerer Massen absperrt. Das Peritoneum parietale und der Peritonealüberzug des Dickdarmes sind im Zustande frischer Entzündung, die Mesenterialdrüsen sind geschwellt. Eisenschitz.

(Schluss dieser Rubrik im Hefte 9 — 1877.)

Digitized by Google

Kleine Mittheilungen.

441. Behandlung von Hämorrhagien. Von Créquy. (Soc. de de thérap. 11. Novbr. — Gaz. hebd. Nr. 46. 1876.)

Bei Epistaxis bedient sich Créquy einer 6 Centim. langen Spritze mit nach rückwärts stehenden Ausflussöffnungen, so dass die Lösung von Liquor ferri sesquichlorati nach Aussen getrieben wird; bei Gebärmutterblutungen umwickelt er ein kleines Stück Gentianawurzel mit Feuerschwamm, taucht das Ganze in Liquor ferr. sesquichl. und führt es in das Collum uteri ein, wo es 2 Tage liegen bleibt; ein daran befestigter Seidenfaden ermöglicht die Entfernung desselben; es soll gewöhnlich gut ertragen werden.

442. Subcutaneous division through the surgical neek of the humerus etc. Von Adams. (Brit. med. Journ. Jan. 20. 1877.)

A. theilt eine Operation mit, welche von Ewing Mears in Philadelphia wegen einer alten Humerusluxation an einem 38jähr. Mann unternommen worden ist. Die Dislocation des Humeruskopfes unter den proc. coracoideus bestand seit über 2 Jahren, verursachte heftige Schmerzen und Unbeweglichkeit des Armes. Es wurde mittelst eines Tenotomes der chirurgische Hals des Oberarmes freigelegt und mit einer Stichsäge subcutan quer durchtrennt. Die Wunde war in 3 Tagen angeblich geheilt. Durch passive Bewegungen wurde eine solche Brauchbarkeit des Armes erzielt, dass der Mann 6 Wochen nach der Operation die Arme bequem über der Brust kreuzen und seine Hand über den Kopf an das Ohr der anderen Seite bringen kann. Die Schmerzen hatten unmittelbar nach der Operation aufgehört. (Noch vortheilhafter wäre wahrscheinlich statt der Durchsägung die Durchmeisselung des Knochens. Ref.) A. von Winiwarter.

443. Ueber die Eisbehandlung bei Diphtheritis. Mitgetheilt von Mag. F. Strohmayer in Graz. („Medicin. chirurg. Centralblatt" Nr. 35. 1876.)

Verf. hält sich für berufen, die Eisbehandlung bei Dipht. auf das richtige Mass zu beschränken und über die „ärztlichen Hypothetiker und Schöngeister" kurzweg zur Tagesordnung überzugehen. Die Hauptsache ist die Hinwegschaffung der angehäuften Pilze, was St. stets mit Liqu. ferr. sesquichl. 2,00 auf 20,00 Glycerin gelang, dann „Reinhaltung des Halses" durch einen Gurgelthee aus gleichen Theilen Fol. Salviae, Rad. Althaeae und Herb. Melissae. Erst bei bedeutenden Schwellungen der Drüsen, bei mangelhaftem Abflusse der Gewebsflüssigkeit, bei Fortsetzung des necrotischen Processes auf die Trachea und Lungen (also dann? Ref.) käme eine entsprechende Eisbehandlung in Betracht. Die Landpraxis, schliesst St., wird sich aber auch da mit Blutegeln, die oft sogar besser wirken, begnügen und helfen müssen. (Der in neuerer Zeit angewendeten Desinfectionsmittel, Inhalationen etc. thut St. keiner Erwähnung. Ref.)

Hermann Hertzka.

444. Vergleichende Bestimmungen des Farbstoffgehaltes im Blut der Wirbelthiere. Von A. A. Korniloff. (Zeitschr. f. Biol. XII. S. 516.)

K. arbeitete unter der Leitung von Vierordt mit der von demselben angegebenen spectral-analytischen Methode. Von grossem Einfluss auf den Hämoglobingehalt ist das Alter der Thiere. Junge Thiere haben einen viel geringeren Farbstoffgehalt. Den grössten Unterschied zeigen die Vögel, dann folgen die Kaltblüter und schliesslich die Säugethiere. Bei den meisten Kaltblütern hat das männliche Blut einen stärkern Hämoglobingehalt. Lassar.

Digitized by Google

445. Eine Methode, um die Gefahr der Infection und der Metritis bei der Anwendung des Pressschwamms zu beseitigen. Von J. M. Ward. (Med. News 1876. Nov. Centralbl. f. Gyn. 1877. Nr. 1.)

Der ganze Pressschwamm wird mit Ausnahme des dicken Endes mit einer doppelten Lage von Goldschlägerhäutchen, welches nass aufgelegt wird, umwickelt. Das Aufquellen wird hiedurch nicht gehindert und die Einführung sehr erleichtert. Ein Glycerintampon wird nachgeschoben, damit der Pressschwamm am Platze bleibe und die zum Aufquellen nöthige Flüssigkeit erhalte Es kömmt so zu keinem jauchigen Ausflusse und zu keinen Schleimhautverletzungen mit all' ihren Folgen bei der Entfernung des Pressschwammes. Auf diese Weise wurde jede consecutive Metritis vermieden. Funk.

446. Syphilis durch subcutane Injection mit Milch Syphilitischer übertragen. (Ref. des Arch. of. Dermat. New-York. Januar 1877.)

Voss machte an 3 Prostituirten subcut. Inject. mit Milch Syphilitischer. Bei 2 Individuen negativer Erfolg (nur ein Abscess entstand bei einer, wie sich später herausstellte Syphilitischen). Das 3. Mal entwickelte sich an der Injectionsstelle ein Abscess, der 1 Monat beiläufig zur Heilung brauchte. 10 Tage darnach erschienen Papeln an der Injectionsstelle und 5 Tage später über dem ganzen Körper, wozu sich allgemeine Adenitis gesellte. Aus diesem Falle will der V. den Schluss ziehen, dass die Milch ein Vehikel des syph. Contag. abgeben könne. (Der Ref. will jedoch diesen Fall als beweisend nicht gelten lassen, weil nicht dargethan ist, ob das Contag. an einer anderen, dem Mittheilenden unbekannten Stelle Eingang in den Organismus des betreffenden Individuums gefunden hat.)

Emanuel Kohn.

447. Ein seltener Fall von Zerbrechlichkeit der Knochen bei einem 12jährigen musculösen Mädchen wird in der Gazette med. ital. Venet. 1876, 26 (allgem. medic. Central-Zeit. 1877) mitgetheilt.

Das Kind soll während der 12 Jahre nicht weniger als 40 Brüche, meist der Längsknochen, erlitten haben. Es sollen jedesmal mehrere Monate, selbst Jahre bis zum Hartwerden des Callus verstrichen sein. Der Harn soll sehr viel phosphorsauren und oxalsauren Kalk, harnsaures Natron und phosphorsaures Ammoniak enthalten haben. Bettelheim.

448. Zwei Fälle von hartnäckigem Eczema rubrum geheilt mittelst Tinctura Maidis corruptae. (Due casi tribelli di Eczema rubrum curati e guariti colla Tintura di Maiz guasto. Giorn. ital. delle malad. veneree e della pelle. 1877. Aprilh.) Von Dr. A. C. Benazzi.

B. hat in 2 Fällen von intensivem Eczem die von Lombroso empfohlene und seither von mehreren anderen italienischen Aerzten gegen Scabies, Psoriasis etc. versuchte, aus verdorbenem Mais bereitete Tinctur mit gutem Erfolge angewendet. (Weshalb B. nicht die bekannten örtlichen Mittel angewendet hat, nachdem, wie er sagt, alle inneren Mittel in den 2 Fällen erfolglos geblieben waren, deren Wirkung doch niemals ausbleibt, ist nicht angegeben. Ref.)

K . . .

449. Case of Caries of the trochanter major successfully removed with the chisel and mallet. Von Th. Annandale. (Brit. med. Journ. Febr. 17. 1877.)

Bei einem 25jähr. Manne, der seit 3 Monaten an einem Abscess über dem Trochanter ohne Affection des Hüftgelenkes litt, wurden die Weichtheile gespalten,

Digitized by Google

die Oberfläche des Trochant. maj. erwies sich als cariös, sie wurde etwa $^1/_4$ Zoll tief abgemeisselt. Heilung. (Der Gebrauch des scharfen Löffels, welcher für ähnliche Fälle unendlich viel bequemer ist als der Meissel, scheint in England noch sehr wenig verbreitet zu sein. Lister hat ihn bei Volkmann in Halle kennen gelernt. Ref.) A. von Winiwarter.

450. Eine neue Methode für quantitative Eiweissbestimmung im Harn. Von J. Stolnikow. (Petersb. med. Wochenschr. 1876, Nr. 12.)

Der eiweisshaltige Harn wird mit Wasser verdünnt, bis eine auf Salpetersäure im Reagenzglas gegossene Probe eben noch einen nach 40 Secunden auftretenden weisslichen Ring gibt. Die Zahl der zur Verdünnung verbrauchten Wasservolumina + dem Volumen des Harns wird durch 250 dividirt, die erhaltene Zahl repräsentirt den Procentgehalt an Eiweiss. Die Relation ist durch Gewichtsbestimmungen festgestellt. Centralblatt.

451. Der anticipirte Climax durch Exstirpation der Ovarien bei Fibromyomen des Uterus. Von Dr. K. Stahl. (Aus Fehling's Referat im Centralbl. f. Gyn. 1877. Nr. 1.)

Prof. Hegar hat in 2 Fällen von Uterusfibroiden, bei welchen alle angewandten Mittel sich wirkungslos zeigten, mit günstigem Erfolge die Eierstöcke exstirpirt, um auf diese Weise durch künstliche Hervorrufung der Menopause symptomatisch Hilfe zu leisten. (In jedem Falle ist dieser Eingriff mit weniger Gefahren verbunden als die Hysterotomie, welche übrigens jetzt auch schon viel günstigere Resultate aufzuweisen hat. Ref.) Funk.

452. Erythema multiforme bei Syphilis. (Ref. d. Arch. of Dermat. New-York. Januarheft 1877.)

Oedmansson berichtet über 3 Fällle von Eryth. multif. bei Syph., welches unter Fieber, hoher Temperatur, Pulsbeschleunigung, Uebelbefinden etc. auftrat und sonst so verlief, wie bei Nichtsyph. Es soll dieses Exanthem wohl selten bei Lues und häufig mit einer syph. Eruption gleichzeitig sein, wo dann beiderlei Ausschläge ihren eigenartigen, ihnen sonst zukommenden Verlauf nehmen. Emanuel Kohn.

453. Pemphigus idiopathicus neonatorum. Vom pr. Arzt Löwenstein. Brünn. (Medic.-chir. Central-Blatt Nr. 18. 1877.)

L. hat in einem Jahre 20 Fälle von P. neonatorum beobachtet. In 2 Fällen erfolgte der Tod durch Chronicität und Marasmus. Mit Rücksicht auf die Ansicht mancher Autoren, dass der P. neon. contagiös sei, erwähnt L., dass mehrere Kinder, die an P. erkrankten, von derselben Hebamme gepflegt wurden. (Siehe Moldenhauer über P. acutus. Epidemien im Arch. f. Gynäkol. 1874. Ferners Klemm, Olshausen, Ahlfeldt, Thomas, Hervieux, Cazenave, Oehme, Bednar, Conbruch, West, Frank, B. Forster, Klupfel, Koch u. A. — Ferners Bohn's Erklärung (Wr. allg. med. Z. 1875, Nr. 45), dass die Hebammen, welche ihre Pflegekinder heiss baden, bei denselben Blasen veranlassen und so P. vortäuschen. Ref.) K....

454. Zur Behandlung der Rachendiphtheritis. Von H. Weckerling (Friedberg). (Dtsch. Arch. f. klin. Medic. 19.)

Auf Grund eines theoretischen Raisonnements empfiehlt W. zu der nach ihm überaus wichtigen möglichst frühzeitigen Zerstörung des primären Herdes im

Digitized by Google

Rachen das galvanocaustische Verfahren, indem bei diesem keine Continuitätstrennung, d. i. Quelle neuer Infection entstehe.

455. Prüfung der Salicylsäure auf Reinheit. Von H. Kolbe. (Journ. f. prakt. Chem. 1876. Nr. 11, 12 u. 13.)

Man löst etwa $^1/_2$ Grm. des zu prüfenden Präparats in etwa der zehnfachen Menge starken Alkohols, giesst die klare Lösung in ein Uhrglas und lässt bei gewöhnlicher Lufttemperatur langsam verdunsten. Die dann zurückbleibende Salicylsäure bildet rings um den Rand des Uhrglases einen Ring von schön efflorescirten Krystallaggregaten. Diese efflorescirte Masse ist rein weiss, wenn die Salicylsäure ganz rein und umkrystallisirt war, aber gelblich oder gelb bei der blos präcipitirten Säure. Ist sie bräunlich oder braun, dann ist das Präparat, auch wenn es als Pulver weiss und äusserlich rein erscheint, als schlecht zu verwerfen. Nach den Erfahrungen K.'s wird in zahlreichen Apotheken an Stelle der krystallisirten die präcipitirte und oft grob verunreinigte Salicylsäure dispensirt.

(Centralbl.)

456. Das Eczem an Händen und Füssen und seine Behandlung. Von Dr. E. Sesemann. (St. Petersburger medic. Wochenschrift. 1877. Nr. 1.)

Verf. schildert das Eczema pustulosum et vesiculosum an den genannten Partien und dessen Complicationen, namentlich das Entstehen von Paronychia luxurians. Der Beschreibung folgt die Angabe der Therapie, welche mit der im Hebra-Kaposi'schen Werke angegebenen wesentlich übereinstimmt. Mit Vorliebe wendet S. zur Maceration eine Bleiweiss-Carbolsalbe an, doch verschmäht er auch nicht Kautschuk-Handschuhe, Theer und alle andern schon bekannten Mittel.

K . . . .

457. Rapport sur une observation de paracentese du pericarde. Von Henri Roger. (L'union medic. 1876. Nr. 77.)

Chairou hat im Jahre 1872 an einem 23jährigen Soldaten, welcher an einem acuten entzündlichen Erguss in der linken Pleurahöhle und im Herzbeutel litt, zuerst die Thoracocentese, und als die asphyctischen Erscheinungen nicht nachliessen, zwei Tage später die Punction des Pericardiums ausgeführt. Die Operation wurde mittelst des Dieulafoy'schen Aspirateurs gemacht und während einer halben Stunde etwas über 1000 Grm. einer röthlichen mit reichlichen Fibrinflocken gemischten Flüssigkeit entleert. Die Besserung war auffallend, dauerte jedoch nicht lange; der Erguss war nach 4 Tagen bereits wieder vorhanden, mit ihm die Dyspnoë; kaum 3 Wochen nach der Operation starb der Kranke. Die Section ergab im Herzbeutel über 1 Liter Flüssigkeit, welche aber nicht mehr serös, sondern gelblich eitrig war. Die weiteren Veränderungen in anderen Organen gehören nicht hieher.

A. von Winiwarter.

458. Donaud fand durch Experimente, dass Herpes praeput., Impetigo, Ecthyma überimpfbar sind. — Broadbent und Bernoulli beobachteten rasch nacheinander auftretende Recidive bei Scharlach. — Bohn bestreitet die Annahme der Contagiosität des Pemphigus acutus neonat. Hutchinson berichtet über Heilung dieses Leidens durch Arsenik. (Gi. ital. d. m ven. etc. Februar 1877.)

Emanuel Kohn.

459. Drahtschlingenmeissel. Von Ebermann. (St. Petersb. med. Wochenschrift. 1876. Nr. 1.)

Zur Entfernung tiefliegender Drahtsuturen, namentlich bei tiefer Blasenscheidenfistelnaht, hat E. ein kleines Instrument construiren lassen, das im Wesent-

Digitized by Google

lichen aus zwei an einem Holzgriffe schräg angesetzten, aneinander verschiebbaren Stahlstäben besteht, von denen der eine an seiner Spitze eine winkelige, gegen den Griff hinsehende Einkerbung trägt, gegen welche sich das scharf meisselförmig abgeschliffene Ende des zweiten Stabes hin verschiebt. Beim Gebrauche wird bei zurückgezogenem Meissel der erstere Stab so an die Sutur geschoben, dass der Draht in die Kerbe zu liegen kommt, dann schiebt man mittelst des Daumens das Meisselende vor, welches den Draht durchtrennt und durch eine Spiralfeder wieder in die ursprüngliche Stellung zurückgeschnellt wird.

A. von Winiwarter.

460. Rothweinprobe mit Kreide. (Arch. für Pharm., B. 209, S. 481, Gesundheit, 1877.)

Ein Stück viereckige Kreide, wie sie als „Tafelkreide" verkauft wird, befeuchtet man an irgend einer Stelle wiederholt mit einigen Tropfen des zu prüfenden Weines, und erhält dann sehr schöne, charakteristische Färbungen; meistens genügt schon ein einziger Tropfen der Flüssigkeit, um die Fälschung der Färbung, wenn eine solche vorhanden ist, nachzuweisen. 1. Heidelbeersaft färbt auf der Kreide den Wein blau, ins Violette spielend; — 2. Kermesbeerensaft bleibt unverändert; — 3. Malvenfarbstoff färbt sich auf der Kreide blau oder grün, oft beide Farben neben einander; — 4. Fuchsinlösung bleibt unverändert; — 5. Echter Rothwein wird braun oder schiefergrau. Da Kermesbeeren nur in südlichen Ländern, besonders Italien und Südfrankreich zur Färbung des Weines benutzt werden, so zeigt bei uns das Unverändertbleiben ziemlich sicher Fuchsin an, während Heidelbeeren, Malven und echte Farbe leicht zu erkennen sind. Nessler hat die Probe zuverlässig gefunden bei echtem badischen Rothwein, bei französischem Rothwein St. Estève, Macon, den von Montpellier, Nimes und Tarn; Hilger prüfte Chateau Margaux, Chateau Barsac, Médoc, echte badische Rothweine, Pfalzer Gräfenhäuser, rothe Aarweine und rothen Leistenwein, und fand ebenfalls die Probe sicher. — Wer Kreide nicht zur Hand hat, kann Aetzkalk in Form von gewöhnlichem gebranntem Kalk oder stark geglühtem Marmor anwenden; im echten Rothwein entsteht braune oder schmutzig blaugraue Farbe, welche allmälig in Braun übergeht; — Heidelbeersaft wird zunächst blau gefärbt mit allmäligem Uebergang in Grün; — Malvenfarbstoff zeigt sofort grüne Färbung; Kermesbeere wird gelb, und auch Fuchsinlösung wird durch Aetzkalk sofort entfärbt. Mit diesen beiden einfachen Prüfungsmitteln kann man die Fälschung in der Farbe schnell nachweisen.

461. Torticollis intermittens. Von Bertrand. (Gaz. des hôp. 50 C. Année Nr. 20. 1877.)

3 Tage nach der Rückkehr nach Toulon von einem $1^1/_2$ monatlichen Aufenthalte in Ajaccio erkrankte Mittags ein 22jähr. Schiffsingenieur vom „Kleber" an Schmerzen in der linken Halsseite, ausstrahlend nach Nacken, Schulter und Arm, denen bei Bewegung des Kopfes ein Herabziehen und Drehung des Kopfes nach der linken Seite folgte, mit fibrillären Zuckungen am Halse, die er als Pulsationen beschreibt; die Erscheinungen dauerten bis zum Abend, darauf Wohlbefinden. In Ajaccio war er vollkommen gesund. 2 Tage darauf zur nämlichen Stunde die gleichen Erscheinungen, diesmal mit leichtem Schüttelfrost und etwas Schweiss. Bertrand diagnosticirte wegen der Periodicität Malariainfection und verordnete Chinin. sulfur. 0,75, 2 Stunden vor dem Anfalle, also um 10 Uhr. Am folgenden Tage, 1. Dec., nur schwacher Anfall um 2 Uhr Nachmittags; nach einer 2. Dosis von 0,75 um 11 Uhr am 2. Dec. ganz schwache Erscheinungen um 5 Uhr Abends und vollständige Heilung am 4. Dec. nach 2maliger Dosis von 0,50 Grm. Es handelte sich also hier offenbar um eine Neuralgie, oder besser Hyperkinesis einiger Halsnerven in Folge Malariainfection. Popp.

Digitized by Google

462. Ueber die Erhaltung des nervus infraorbit. bei der Oberkiefer-Resection. Von Dr. Létiévant. (Gaz. hebd. de méd. et chir. 1876. Nr. 39.)

Verf. gibt ein Verfahren bei der Operation der Oberkiefer-Resection an, durch welches es ihm gelang, sowohl Sensibilität als Mobilität der operirten Seite, als auch die äussere Form zu erhalten. Er präparirte nämlich den Wangenlappen bis zum foramen infraorbitale ab, meisselte hierauf die obere Wand des canal. orbit. ab, hob Nerv und Arterie vorsichtig heraus und vollendete dann die Lappenbildung. Zur Wahrung der äussern Gesichtsform liess er vom untern Orbitalrande aussen und innen eine schmale Knochenleiste stehen, ausserdem ein Stück des proc. alveol. mit beiden Schneidezähnen. Der Erfolg war in jeder Beziehung ein glänzender.

von Buschmann.

463. Ueber die Veränderungen im Augenhintergrunde bei scrophulöser Wirbelcaries und Pachymeningitis spinalis. Von Bouchut. (Gazette des hopitaux Nr. 22, 1877.)

Bouchut beobachtete ophthalmoskopisch die Existenz von Chorioidealtuberkeln in beiden Augen eines dreijährigen Kindes mit Caries der Wirbelsäule, bei welchem die Autopsie eine grosse Menge von tuberculösen Granulationen auf der Convexität der Hemisphären zeigte, ohne dass Meningitis vorhanden war. B. beobachtete das Fehlen der Meningitis bei Vorhandensein von Chorioidealtuberkeln 3 Mal im Verlaufe eines Jahres. Schnabel.

464. Chrysophan-Säure in der Behandlung der Hautkrankheiten. (British medical Journal 1877. 5. Mai.)

Balmano Squire hat sowie Dr. Keith Chrysophansäure gegen parasitäre und noch mehr gegen nicht parasitäre Hautkrankheiten, besonders Psoriasis von überraschender Wirkung gefunden, speciell noch gegen „Burmese ringworm" oder „malabar itch" (Eczema marginatum, Ref.), welches Uebel B. für nicht parasitär hält. Da gegen letzteres auch Goa-Pulver empfohlen worden, meint B., dass in diesem nur eine unreine Chrysophansäure zu sehen sei. B. hebt jedoch hervor, dass die Chrysophansäure Haut, Nägel, Haare und Wäsche dunkel färbe und die Haut reize, dass die Flecke unaustilgbar sind und das Mittel oft — in Stich lasse.

Zwei andere „Eingesendet" von Charles W. Thorp und Thomas J. Ollerhead beschäftigen sich auch mit der Chrysophansäure. In dem einen heisst es, das Mittel wäre, wenn billiger, als Färbemittel (!) nicht zu verachten; in dem anderen, dass das Mittel in den Versuchsfällen (Eczem, Psoriasis) nichts geholfen habe. K . . .

465. In einer vorläufigen Bemerkung theilt Köbner bezüglich Psoriasis vulg. mit, dass er

1. die Verwerthbarkeit der der Ps. vulg. eigenthümlichen Hautreaction auf verschiedene Reize, respective Traumen zur Differentialdiagnose gegenüber dem squamösen Syphylid, bei welchem letzteren es nicht gelingt, durch artificielle Einwirkungen, z. B. durch Nadelritzungen, neue Efflorescenzen hervorzurufen, ebenso experimentell erprobte, wie

2. die Möglichkeit, eben jene für Psoriasis charakteristische Hautreaction unter Umständen durch therapeutische Mittel aufheben zu können. (Vierteljsch. f. Derm. u. Syph. 1876. 4. Heft) Emanuel Kohn.

466. Préhyon empfiehlt (Revue de therap. med. chir. 1877, Centralbl. f. Chirurgie) benzoësaures Lithium gegen Gicht, da es in Wasser löslich

Digitized by Google

ist. Die Benzoësäure könne durch ihre Umwandlung in die stickstoffhaltige Hippursäure der Harnsäureausscheidung direct entgegenwirken. Anstatt der schwerlöslichen Urate in den Gichtknoten erscheinen leicht lösliche hippursaure Alkalien und Erden, welche mit dem Harn ausgeschieden werden.

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

467. Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur. Sitzung vom 8. Juni 1877. Dr. Emil Stern: „Ueber subcutane Quecksilber-Behandlung."

S. hatte sich mit Herrn Apotheker Müller bemüht, eine lösliche Quecksilberverbindung zu finden, die nicht reizend wirke, als solche das Quecksilber-Chlornatrium erkannt und darüber bereits 1870 der medicinischen Section berichtet. Er hatte damals den innern Gebrauch vorwiegend berücksichtigt und die subcutane Anwendung nur kurz erwähnt. Heute wolle er etwas ausführlicher über die subcutane Einverleibung des Quecksilberchlorid-Chlornatriums sprechen, nachdem in der Klinik des Prof. Reder in Wien Dr. Gschirhakl damit günstige Resultate erzielt habe.

Wie C. Voit erkannt hat, lösen Kochsalzlösungen die meisten Quecksilberverbindungen, sowie fein vertheiltes regulinisches Quecksilber auf unter Bildung von Quecksilberchlorid-Chlornatrium. Die wässerige Lösung dieser Verbindung reagirt nicht mehr sauer, wie Sublimatlösung, sondern neutral, und jene Doppelverbindung bilde sich jedesmal bei Einfuhr gleichviel welches der gebräuchlichen Quecksilber-Präparate in den Organismus. Endproduct bei Quecksilbereinfuhr sei aber, nach Müller, nicht ein Quecksilber-Oxyd- oder Oxydulalbuminat (Voit, Overbeck), sondern das gen. Quecksilber-Doppelsalz mit überschüssigem Chlornatrium circulire als solches frei von Eiweiss im Körper und werde auch frei von Eiweiss wieder ausgeschieden. Daher sei es rationell, nur diese Verbindung intern oder subcutan einzuverleiben, um so mehr, als sie Eiweiss nicht fällt und daher schon deshalb viel weniger reizend wirke als der Sublimat für sich. Auch bedinge die Zufuhr von Chlornatrium, als ein im Organismus sehr verbreiteter Körper, in genügender Verdünnung keine Reizwirkung. Zufuhr von Chloralkalien bewirke stets eine gesteigerte Wirkung einverleibter Quecksilber-Präparate, so sei die erhöhte Wirksamkeit von Calomel bei kochsalzreicher Nahrung, sowie die Unterstützung der Schmiercur durch vermehrtes Schwitzen zu erklären.

Wie die Erfahrung lehrt, wirken subcutane Injectionen von Sublimatlösungen mit dem zehnfachen Zusatz von Kochsalz ungleich weniger reizend als reine Sublimatlösungen derselben Concentration und hinterlassen auch nur selten entzündliche Härten, während bei geeigneter Wahl der Stichstelle Abscesse und Grangränescenz der Haut sicher zu vermeiden sind. Die Flüssigkeit soll langsam eingespritzt werden; 0,008—0,010 Sublimat mit der zehnfachen Menge Chlornatrium in 2 Grm. Wasser gelöst pro dosi, täglich 1—2 Injectionen. Als Folge schneller Quecksilberwirkung treten sehr bald die Zeichen beginnender mercurieller Stomatitis ein, die jedoch stets in bescheidenen Grenzen sich halten und niemals eine Unterbrechung der Cur nothwendig machen. Sonst seien nennenswerthe üble Zufälle bei dieser Methode nicht beobachtet worden, die eine ambulatorische Behandlung zulässt und den Kranken wenig Beschränkung auferlegt. In tabellarischer Uebersicht wurden die Heilresultate dieses Verfahrens an einer Reihe von Kranken des Allerheiligen-Hospitals, an dem Vortragender s. Z. als Assistenzarzt fungirt hatte, erörtert. Bei subcutaner Anwendung des Quecksilberchlorid-Chlornatriums mit einem Ueberschuss von Chlornatrium waren bei allen beobachteten Formen secundärer Lues kaum die Hälfte der Zeit und ein ungleich geringeres Quantum von Queck-

Digitized by Google

silber zur Heilung erforderlich, als bei anderen Heilverfahren. Recidive blieben bei der Injectionscur nicht aus, doch hatten sie stets einen regressiven Charakter Unzweifelhafte Vorzüge dieser Methode seien also folgende: 1. Sie beseitigt die Symptome der secundären Lues in relativ kurzer Zeit und ist daher besonders da am Platze, wo Gefahr im Verzuge ist; 2. sie macht auffallend kleine Quecksilbergaben nothwendig; 3. macht sehr geringe locale Reizwirkungen; 4. greift den Organismus nur sehr wenig an; 5. verursacht nur sehr geringe Grade von Stomatitis; 6. die Methode zeichnet sich durch Sauberkeit aus und macht einen Gehilfen entbehrlich, und 7. stört die Patienten sehr wenig in der gewohnten Lebensweise. Daher dürfte sie auch vielleicht bei anderen Krankheiten, namentlich bei Entzündungen der tieferen Augengebilde und der serösen Häute mit Vortheil versucht werden.

468. Berliner medicinische Gesellschaft. Sitzung v. 20. December 1876. Hr. Israel: „Demonstration eines Präparates nebst Bemerkungen über Coxitis."

Wenn schon bei Entscheidung der Frage, ob ein Pat. Coxitis hat oder nicht, häufig Irrthümer begangen werden, so muss ich es fast als Regel bezeichnen, dass die Vorstellungen, welche man sich im gegebenen Falle einer Hüftgelenkentzündung von der Ausdehnung der krankhaften Gelenkveränderungen macht, hinter der Wirklichkeit zurückbleiben. Fast bei jeder Hüftgelenkresection macht man von Neuem die Erfahrung, dass das Gelenk in weit grösserer Ausdehnung zerstört ist, als man angenommen hatte; dass man früher resecirt hätte, wenn es möglich gewesen wäre, einen klaren Einblick in den Zustand des Gelenkes zu gewinnen. Der Grund unserer Unsicherheit liegt darin, dass die für uns wahrnehmbaren Symptome häufig in keinem Verhältnisse stehen zu der Schwere der in der Tiefe sich abspiegelnden Krankheitsprocesse. Unter diesen Umständen habe ich es nicht für überflüssig gehalten, einen Fall aus dem jüdischen Krankenhause Ihnen mitzutheilen, der ein besonderes instructives Paradigma ist für das Missverhältniss zwischen der äusseren Erscheinung des Gelenkes und der Ausdehnung der Zerstörung desselben. Zwei fernere Gründe veranlassen mich noch, den Fall zu Ihrer Kenntniss zu bringen, nämlich einmal einige seltene Ergebnisse des pathologisch-anatomischen Befundes, sodann, weil ich zwei unscheinbare Symptome an diesem Falle kennen gelernt habe, welche ich für wichtig genug halte, um selbst in Fällen mit sonst unvollständigem Symptomencomplex die Diagnostik bedeutender Knochenzerstörungen zu sichern. Der Fall betrifft einen 14jährigen Knaben, der angeblich im Juni d. J. an acuter Bronchitis erkrankte, die dann bald in ein chronisches Stadium übertrat. Die Symptome schildere ich Ihnen später und erlaube mir zuerst, den anatomischen Befund mitzutheilen, wie ihn die vor 14 Tagen von Herrn v. Langenbeck vorgenommene Resection enthüllte. Zunächst war in hohem Grade überraschend, dass beim Einschneiden in die Gelenkkapsel eine nicht unerhebliche Menge seröser Flüssigkeit sich entleerte, während wir nach allen bisherigen Erfahrungen berechtigt waren, bei ausgedehnter Caries kein Serum, sondern eine eitrige Gelenkflüssigkeit zu erwarten. Die Synovialis war durchweg fungös degenerirt, einige ihrer Zotten waren durch Oedem kugelig aufgetrieben und so durchsichtig, dass man sie hätte für Hydatiden halten können. Die Pfanne wa ungewöhnlich stark ausgeweitert, und in ungemein grosser Ausdehnung perforirt, man konnte weit unter den M. illiacus in das Becken eindringen. Tief in dieser perforirten, bedeutend erweiterten und vertieften Pfanne steckte der Schenkelkopf, so dass er mit dem grösseren Theile seiner Oberfläche sich innerhalb des Beckens befand. Bei dem schonenden Versuch, den Kopf herauszudislociren, trennte er sich leicht vom Halse; und zwar werden Sie bald an dem Präparate erkennen, dass diese Trennung keine gewaltsame, sondern eine pathologische, präformirte

Digitized by Google

war. Kopf mit dem Halse haben die Gestalt eines Penis mit relativ dicker Glans. Der Corona glandis entspricht ein unregelmässig höckriger Knorpelwall, ähnlich der Knorpelwucherungszone bei Arthritis deformans. Die Hinterseite des ungefähr zuckerhutförmigen Kopfes ist abgeplattet, entsprechend der Hauptcontact- und Druckstelle zwischen Kopf und Pfanne. Die Oberfläche des Kopfes ist fast durchweg mit glattem, knorpelähnlichem Bindegewebe bekleidet, an manchen Stellen durch lange bindegewebige Adhäsionen dem Becken adhärent. Der Kopf hat sich vom Halse derart getrennt, dass er auf letzterem kuppelförmig aufsitzt; die Trennungsfläche am Halse ist in hohem Masse cariös und erweicht und roth, während der abgetrennte Kopf weiss und sklerosirt ist. Wenn ich kurz resumiren darf, so handelte es sich also um 3 Localisationen des Processes, und zwar erstens um eine hochgradige cariöse Erweichung, welche die Verbindung zwischen Kopf und Hals so gelockert hat, dass bei durchaus schonender Manipulation eine Continuitätstrennung erfolgte. Es ist hervorzuheben, dass diese Trennung nicht der Epiphysenlinie entspricht. Zweitens haben wir eine ausgeheilte, vernarbte Caries des Kopfes vor uns, welche vor der Ausheilung zu erheblichen Substanzverlusten desselben, zur Verkleinerung und Deformation geführt hat. Drittens eine ungewöhnlich grosse Zerstörung des Beckens — und alles dieses ohne Eiterung. Die seröse Flüssigkeit, welche sich bei Eröffnung der Kapsel entleerte, hatte sich erst während der letzten zwei Wochen der Beobachtung in diagnosticirbarer Quantität eingefunden, und glaube ich dieselbe von der Zerrung der Adhäsionen ableiten zu müssen, welche dieselben durch die Streckung mittelst Gewichtsextension zu erleiden hatten. Wir sehen demnach, dass grosse cariöse Knochenzerstörungen ohne Eiterung verlaufen können, ein Fall, der am Schultergelenke als Caries sicca bisweilen beobachtet wird, am Hüftgelenke aber, von der Arthritis deformans abgesehen, zu den grossen Seltenheiten gehören dürfte. Man sollte nun glauben, dass subjective wie objective Symptome diesen Verwüstungen im Gelenke entsprochen hätten; dem war indessen keineswegs so. Pat. wurde vor 4 Wochen aufgenommen mit der üblichen Flexionsstellung, ohne sichtbare Schwellung des Gelenkes, ohne spontane Schmerzen, ohne Fieber. Nach kurzer Zeit der Gewichtsextension bot er folgendes Bild: Während der Einwirkung der Gewichtsextension sind beide Beine gleich lang, die Stellung eine normale; Spontanschmerzen fehlen. Passive Bewegungen des erkrankten Beines sind in weiten Dimensionen schmerzlos möglich, durchaus glatt ohne Crepitation, ohne Muskelspannung. In den letzten 14 Tagen stellte sich etwas Schwellung hinter dem Trochanter ein. Man erkannte, dass nach Unterbrechung der Gewichtsextension der Trochanter höher und weiter nach hinten stand, als in der Norm; dass also eine Wanderung der Pfanne vorhanden sein musste. Allein alle diese Erscheinungen hätten gewiss nicht den Entschluss zu einer Hüftgelenkresection gerechtfertigt; im Gegentheil hätte die Freiheit, die Glätte, die Schmerzlosigkeit der passiven Bewegungen sehr leicht über die Bedeutung der Hüftgelenkaffection täuschen können. Da lernte ich zwei Symptome kennen, denen meines Wissens bisher noch keine Aufmerksamkeit geschenkt worden ist, welche die Diagnose grosser Knochenzerstörungen im Gelenke sicherten, und somit eine Indication zur Resection gaben: Wenn man nämlich bei horizontaler Lage des Kranken den Daumen in die Vorderfläche, die übrigen Finger an die Hinterfläche des Trochanter major der kranken Seite anlegte, so konnte man letzteren von vorn nach hinten und von hinten nach vorn in horizontaler Richtung verschieben, während der Oberschenkel die Bewegung des Trochanters ohne jede Rotation um seine Längsachse mitmachte. Auf der gesunden Seite hingegen ist eine Bewegung des Trochanters in horizontaler Richtung nur möglich unter Rotation des Oberschenkels, da alle Bewegungen desselben um einen unverrückbaren Punkt, nämlich das Centrum des von der Pfanne eng umschlossenen Oberschenkelkopfes vor sich gehen. Die pathologische Verschiebbarkeit des Trochanters zeigt daher, wenn wir

Digitized by Google

von Continuitätstrennungen absehen, dass ein abnormer Spielraum zwischen der Pfanne und dem articulirten Theile des Oberschenkels vorhanden ist; dass also entweder der Schenkelkopf zerstört, oder die Pfanne erheblich cariös erweitert ist, oder dass beides gleichzeitig stattfindet. Das zweite Phänomen bestand darin, dass bei Rotation des Oberschenkels der kranken Seite der Trochanter major einen Kreisbogen von kleinerem Radius beschrieb, als auf der gesunden: Bei Schenkelhalsfracturen ist das eine bekannte Erscheinung; bei Hüftgelenkserkrankungen kann das Symptom nur unter drei Bedingungen entstehen: entweder handelt es sich um Continuitätstrennungen in Folge von Caries, oder um erhebliche cariöse Zerstörungen des Kopfes, oder endlich cariöse Vertiefung und Perforation der Pfanne, welche den Kopf tief in das Becken hineintreten lassen, — kurz jedesmal um Veränderungen, welche die Entfernung des Drehpunktes vom Trochanter zu verkürzen im Stande sind. Wenn nun auch die genannten Symptome nicht gestatten, zu entscheiden, ob eine entzündliche Continuitätstrennung, oder nur grosse cariöse Defecte vorhanden sind, so geben sie doch da, wo sie erkannt werden können, eine feste Indication für die Resection, eine Indication, die um so werthvoller ist, wenn, wie in dem geschilderten Falle, die übrigen Erscheinungen eher geeignet sind, über den Zustand des Gelenkes irrezuleiten, statt Aufschluss über denselben zu geben. (Berl. klin. Wochenschr.)

Sitzung vom 31. Jänner 1877. Dr. Hirschberg: „Ueber Choroïditis tuberculosa mit Demonstration der betreffenden mikroskopischen Präparate. Eitrige Hyalitis und Choroïditis wurde früher fälschlich mit diesem Namen belegt. Es gibt 2 tuberculöse Affectionen der Aderhaut, eine häufigere und bekannte, die Miliartuberkel der Aderhaut, und eine sehr seltene und noch nicht vollständig beschriebene, die Choroïditis tuberculosa.

Ein 27jähriger Mann, der an Fieber und Kopfschmerzen litt, zeigte Chemosis des linken Auges, leichte Spuren von Iritis, diffuse Weissfärbung des grössten Theiles vom sichtbaren Augengrunde, kolossale Hyperämie der geschlängelten und von Blutungen besetzten Venen der durch eine Infiltration der Aderhaut vorgedrängten Netzhaut, Erblindung des betreffenden Auges. Die Diagnose des Dr. Schlesinger auf Meningitis wurde durch die Section bestätigt. Die Untersuchung des Bulbus (Prof. Becker, Dr. Wein) ergab eine kuchenförmige Anschwellung der Aderhaut neben dem Sehnerveneintritt von 3 Mm. Dicke und 8 Mm. Ausdehnung: eine diffuse entzündliche Infiltration mit eingesprengten, im Centrum verkästen Tuberkeln.

Dr. Schlesinger theilt zur Vorgeschichte des geschilderten Krankheitsfalles mit, dass der betreffende Patient neben einem chronischen Magen-Katarrh (wahrscheinlich ex abusu spirituosorum) seit etwa vier Jahren an nächtlichen Anfällen schmerzhafter Contracturen in den unteren Extremitäten gelitten hat. Ungefähr vier Monate vor dem Tode traten dieselben so häufig auf, dass ohne Hypnoticum die Nächte schlaflos blieben. Die Erscheinungen von Seiten des linken Bulbus begannen circa 4 Wochen vor dem letalen Ausgange, der durch eine Meningitis herbeigeführt wurde. Dieser Hirnhaut-Entzündung war übrigens nur eine terminale Bedeutung zuzuschreiben. Als primäre Krankheitsursache ist eine Neubildung im Gehirn vermuthet und durch die Section bestätigt gefunden worden. An der Convexität der linken Hemisphäre fand sich nämlich ein halbrundlicher Tuberkel von 1 Cm. Durchmester, der durch die graue Rinde hindurch reichte, während die darunter gelegene weisse Substanz breiig erweicht war.

Dr. Litten demonstrirt einen Darm, welcher neben älteren und pigmentirten Narben von Typhusgeschwüren ganz frische markige Infiltration der Peyer'schen Plaques sowie mit Schorfen bedeckte Geschwüre erkennen lässt. Das Präparat stammt von einer Wöchnerin, welche auf der medicinischen Klinik verstarb. Die verheilten Narben lassen darauf schliessen, dass der Typhusprocess

Digitized by Google

mindestens 6 Wochen alt ist; es geht daraus hervor, dass die Schwangerschaft, welche beim Beginn des Typhus 8 Monate bestand, trotz der intercurrenten Erkrankung in normaler Weise verlief und ihr normales Ende erreichte. Es wurde zur richtigen Zeit ein vollständig ausgetragenes, lebendes Kind geboren. Kurze Zeit darauf begann während des Puerperiums die Typhusrecidive, welche zu der frischen Infiltration der Plaques und der Geschwürsbildung führte. Dieser erlag die Kranke. Die Section ergab ausser den beschriebenen Darmveränderungen Pigmentirung und frische Schwellung der Mesenterialdrüsen, sowie trübe Schwellung der parenchymatösen Organe. Der unvollständig involvirte Uterus zeigte diphtheritische Auflagerungen auf seiner Innenfläche.

Dr. Israel: Demonstration einiger Sectionsergebnisse bei inveterirter Syphilis. Ein 65jähriger Herr liess sich am 10. November 1876 in das jüdische Krankenhaus aufnehmen. Er zeigte harte, eiförmige Tumoren im Unterhautgewebe, von Haselnuss- bis Eierpflaumengrösse, und zwar einige in der rechten Infraclaviculargegend, einige an der linken Seite des Rückens, der Höhe der 10. und 11. Rippe entsprechend. Die Haut über denselben war theils intact und verschiebbar, theils narbig, geröthet, adhärent, theils ulcerirt. Die Geschwüre hatten einen schmierigen Grund, waren sinuös und lagen in infiltrirter harter Umgebung. Das Manubrium sterni war aufgetrieben; ebenso zeigte die 11. linke Rippe eine Hyperostose. Die Hauptklagen des Patienten bezogen sich auf Schlingbeschwerden, welche seit einer vor 6 Monaten auf das Genick applicirten heissen Douche datirten. Eine palpable Ursache konnte für die Deglutitionsbeschwerden nicht gefunden werden. Laryngoskopie, Untersuchung mit der Schlundsonde zeigte normale Verhältnisse; die Gaumenmusculatur, die Zunge waren gut beweglich. Pat. hatte Schwierigkeit, ein Ingestum, sei es flüssig oder fest, willkürlich bis zu dem Punkte zu befördern, von wo ab die unwillkürliche Peristaltik des Oesophagus die Weiterbeförderung besorgt. Am besten konnte Pat. schlucken, wenn er den Kopf hintenüber legte und in dieser Stellung die Flüssigkeit eingoss. Bisweilen wurde dem Pat. die Articulation beschwerlich; doch fühlte er selbst mehr diese Schwierigkeit, als dass sie einem nicht sehr aufmerksamen Beobachter auffällig wurde. Die Sprache wurde dann etwas zögernd, und man merkte, dass das Streben nach deutlicher Aussprache den Pat. anstrengte. Die Worte fehlten ihm nie für die Begriffe. Eine weitere Klage bezog sich auf Schlaflosigkeit, die schwer zu bekämpfen war. Von objectiv nachweisbaren Anomalien war ferner vorhanden hochgradige Arteriosklerose, Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels, Vergrösserung der Leber, der Milz und Spuren von Albumen im Harn, welcher bei einem 24stündigen Volumen von 1200 ein specifisches Gewicht von 1015 hatte. Die Diagnose wurde auf inveterirte Syphilis gestellt, trotzdem jede syphilitische Infection entschieden in Abrede gestellt wurde; die Tumoren im Unterhautgewebe wurden für Gummata angesprochen, die Schlingbeschwerden auf eine Affection im Gehirn bezogen, deren Aetiologie entweder in der Syphilis oder in der Arteriosklerose gesucht wurde. Die Milzschwellung stimmte zur Diagnose der Syphilis, da J. sie selten bei alten Formen der Lues vermisst habe. Demgemäss wurde eine Inunctionscur, verbunden mit innerem Gebrauche des Jodkali eingeleitet, wobei erhebliche Verkleinerung eines Theiles und Schwund eines anderen Theiles der Gummata folgte und die Ulcerationen heilten. Auch die Schlingbeschwerden besserten sich, und mit diesen Resultaten zufrieden, verliess Pat. das Hospital vor vollständiger Heilung am 20. December 1876. Vor 4 Tagen nahm Pat trotz ausdrücklichen Verbotes ein Dampfbad, wurde Tags darauf von einer Apoplexie ergriffen, die zum Tode führte. Die Section bestätigte die Diagnose in allen Punkten. Die haselnussgrossen Gummata legitimiren sich als solche schon makroskopisch auf dem Durchschnitte durch ihre schwefelgelbe Farbe. Eine der Gummigeschwülste sass im M. pectoralis major, der fibriös entartet war.

Digitized by Google

Die Nieren sind ein ausgezeichnetes Specimen einer syphilitischen interstitiellen Nephritis. Sie sind von etwa normaler Grösse, an der Oberfläche granulirt, sehr blutreich. Die Granula sind gelblich gefärbt. Auf dem Durchschnitte erkennt man, dass die gelbe Farbe in der Corticalsubstanz im Bereiche der gewundenen Canäle sitzt, während die Papillen durch bedeutende Bindegewebszunahme derb fibrös, weisslich aussehen und stellenweise kleine Fibrome aufweisen. Mikroskopisch zeigt sich, dass das interstitielle Gewebe überall eine enorme Massenzunahme erfahren hat, derb faserig ist, und theils erhebliche Kernwucherung, theils Infiltration mit Fetttröpfchen zeigt. Stellenweise erdrückt die Kernwucherung und Bindegewebszunahme gänzlich die Harncanälchen. Die Epithelien der gewundenen Harncanäle sind geschwollen, getrübt und verfettet. Den wichtigsten Befund bot das Hirn. Hier sind 2 Processe zu trennen: ein ganz frischer, welcher die unmittelbare Todesursache abgab, nämlich eine enorme Hämorrhagie in beide Seitenventrikel mit vollkommener Zerstörung der rechtsseitigen grossen Ganglien, so wie eine subarachnoidale Hämorrhagie an der oberen Fläche des Kleinhirns. Der Process älteren Datums hat zu einer Herdaffection geführt, in welcher wir intra vitam die Ursache der Schling- und Articulationsstörungen vermuthet hatten, und zwar in Gestalt von Erweichungsherden im Pons, deren beide grössten da sitzen, wo die Crura cerebelli ad pontem in die Brücke sich einsenken. In diese erweichten Stellen war (wahrscheinlich secundär) eine Hämorrhagie erfolgt, aber nicht ganz frischer Natur, da ihre Farbe mehr bräunlich war und sich von der helleren Farbe der frischen apoplectischen Herde unterschied. Ob diese Erweichungen auf einfache Sklerose der Hirnarterien zu beziehen sind, oder auf syphilitische Veränderungen derselben, wie sie Heubner beschrieben hat, wird sich bei weiterer Untersuchung herausstellen, nachträglich erfuhr J., dass Pat. wegen einer vor einigen 20, Jahren acquirirten syphilitischen Infection von seiner Frau geschieden wurde.

469. Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom 27. April 1877. Prof. Breisky: Ueber die Beziehungen des Narbenektropium am Muttermunde zum Carcinoma uteri.

Bei Gelegenheit einer Mittheilung über das Narbenektropium und dessen operative Behandlung (1876) hat B. die Vermuthung ausgesprochen, dass die umgerollte Cervicalschleimhaut als der Sitz anhaltender Reizung auch der Ausgangspunkt von Carcinombildung werden könne, welche dann ungewöhnliche Formen und Verbreitungsweisen zeigt. Er stützte diesen Ausspruch durch zwei Beobachtungen, in deren einer der kleine Uteruskörper ganz versteckt war in den umgerollten, mit cancroiden Wucherungen das Corpus umwachsenden Muttermundslippen, während in einem anderen Falle die Formen der durch einen tiefen Querschlitz getrennten Muttermundslippen noch wohlerhalten waren, deren vordere, stark umgerollt auf ihrer Schleimhaut eine flächenhaft verbreitete und auf die vordere Collumcanalwand fortgesetzte papillare Krebswucherung zeigte bei normaler Beschaffenheit der hinteren Lippe.

Neuerlich sind B. zwei weitere Fälle vorgekommen, welche für diese Auffassung zu sprechen scheinen. Beide charakterisiren sich dadurch, dass bei tief quergespaltenem Muttermund dessen Enden bis in die Schleimhaut des Vaginalgewölbes reichten, nur die eine Muttermundslippe in Form eines breitbasig aufsitzenden, aufgekrempten Pilzhutes ergriffen war, dessen Rand das betreffende Scheidengewölbe emporhob, während die andere Muttermundslippe frei blieb.

Der eine Fall betraf eine 32jährige Grundbesitzersfrau aus Wildstein, welche 6 Mal leicht und ohne Wochenbettkrankheiten geboren hatte. Im October v. J. wurde sie wieder schwanger und im December stellte sich zum erstenmale ein fleischwasserähnlicher, übelriechender Ausfluss aus den Genitalien ein, der allmälig profus wurde. Ende Februar d. J. trat spontan Abortus ein und darnach

Digitized by Google

wieder der profuse Ausfluss, der die blühende, kräftige Frau bisher nur wenig heruntergebrachte. Blutungen und Schmerzen hatten die ganze Zeit nicht bestanden. Der erst aus Anlass des Abortus herbeigerufene Arzt Dr. Müller aus Franzensbad constatirte das Carcinom Die Affection betraf nur die vordere Muttermundslippe, die durch einen breiten, querspaltigen, mit seinen Enden bis in die Vaginalschleimhaut reichenden Muttermund von der in ihrem Verhalten unverändert gebliebenen, hinteren Lippe getrennt war. Die Schleimhaut der vorderen Lippe war in einen breitbasigen papillaren, brüchigen und leicht blutenden Cancroidtumor degenerirt, der pilzförmig nach vorn aufgekrempt, das vordere Scheidengewölbe emporhob. Die bimanuell deutlich tastbare Umrollung der degenerirten vorderen Lippe liess denselben für's Auge massiger erscheinen, als er war, denn die im Ganzen halbkugelige Wölbung desselben im Scheidenlumen entsprach nicht einem kugelig geformten Tumor, sondern einer nach unten convexen, nach oben concaven Scheibe. Der Uterus leicht vergrössert, beweglich, Drüsenschwellungen nicht nachweisbar. Excision mit dem Messer; Naht mittelst Silberdraht. 7 Suturen, nachdem die Wunde sorgfältig revidirt, durchaus weich befunden und von Unebenheiten mittelst der Scheere geglättet worden war. Prima intentio bei der Wundheilung. 26. April Abnahme der Suturen. Etwa 14 Tage nach der Operation glatte Narben von ganz normalem Aussehen an Stelle der Geschwulst. Die hintere Lippe normal beschaffen; kein Ausfluss. Patientin wird entlassen.

Der 2. Fall betrifft eine Frau in den 40er Jahren, Mutter einer zahlreichen Familie, welche seit einem Jahre an häufigen, unregelmässig wiederkehrenden Blutungen litt. Dazwischen reichlicher fötider, wässeriger Ausfluss. Die Frau ist kräftig und etwas fettleibig, doch blass. Die Untersuchung ergab eine breitbasige, stark vascularisirte papillare Concroidgeschwulst der hinteren Muttermundslippe, welche im Ganzen eine runde, die Scheide grösstentheils ausfüllende brüchige Masse bildete und in kleinen Strecken bereits auf das hintere Scheidengewölbe übergriff. Hier liess sich bei hohem Umgreifen des Tumors constatiren, dass derselbe im Ganzen pilzhutartig geformt, mit seinem stumpfen Rande das hintere Scheidengewölbe emporhob, mit seiner Wölbung gegen die hintere Vaginalwand gerichtet war, also ganz analog dem ersten Falle, der umgekrempten hinteren Lippe entsprach und von der vorderen, mässig hypertrophirten, doch weichen und mit glatter Schleimhaut bekleideten Lippe durch einen breiten, bis zur Insertion der Scheidenschleimhaut reichenden spaltförmigen Muttermund getrennt war. Der Uterus war mässig vergrössert und beweglich. Obgleich keine Aussicht auf völlige Exstirpation des Tumors vorhanden war, so erschien wegen der bedeutenden Blutungen und Säfteverluste durch die profuse Absonderung die Palliativoperation indicirt. Sie wurde am 18. März durch die Excision mit dem Messer vorgenommen. Die grosse Wunde liess sich nicht vollständig durch die Naht vereinigen, doch wurden jederseits mehrere Nähte, welche den besten Dienst bei der Blutstillung leisteten (es spritzte im rechten Mundwinkel eine nicht unbedeutende Arterie), angelegt, und die Wundfläche dadurch sehr verkleinert. Die unmittelbare Wundheilung erfolgte ohne Zwischenfall. Am 26. März wurden die Compressionsligaturen aus Silberdraht entfernt und die Wundfläche sehr verkleinert querelliptisch, allenthalben hellröthlich und weich, mit einer dünnen Lage gelblichen Schleimes bedeckt gefunden. Unter Fortsetzung lauwarmer Wasserirrigationen mit Zusatz von Chlorwasser schritt die Vernarbung der Wunde ungestört fort und am 7. April liess sich an Stelle der hinteren Lippengeschwulst nur eine quere Narbe sehen, an die die Scheidenschleimhaut herangezogen war, während sich die vordere Muttermundslippe als hypertrophirter, doch normal aussehender Zapfen präsentirte. Das Allgemeinbefinden und Aussehen der Kranken hatte sich sehr gebessert, so dass sie sich der Illusion völliger Heilung hingab. Ihrer Familie war natürlich über die Prognose kein Zweifel gelassen worden.

Digitized by Google

B. glaubt, dass diese Formen im Anschluss an die früher mitgetheilten ihre Entstehung aus dem Narbenektropium am plausibelsten erscheinen lassen. Je ungünstiger die Aussicht für die totale Exstirpation dabei ist, weil bei hoher Amputation der vorderen Lippe Verletzungen der vorderen Peritonealfalte und der Harnblase, bei der hinteren Lippe Eröffnung des Douglas'schen Raumes nicht sicher zu vermeiden wären, desto mehr geht daraus hervor, dass die Operation des Narbenektropiums nach Emmet nicht zu versäumen ist, da sie ohne Zweifel in manchen Fällen einen prophylaktischen Werth zur Verhütung degenerativer Wucherungen der umgerollten Schleimhaut gewinnen kann.

Vor den oben erwähnten Verletzungen kann natürlich nur eine der Geschwulstbasis entsprechende schräge Schnittführung schützen. Dass hier das Ferrum candens, wenn energisch applicirt, durch Verschorfung der verhältnissmässig dünnen Geschwulstbasis leicht zur Peritonitis führen kann, ist klar; ebenso, dass die Galvanokaustik bei diesen Formen wenig Vortheil bieten kann. Aus diesem Anlass erschien B. bisher die Excision mit Verschluss durch die Naht, wie sie Hegar besonders empfiehlt, da, wo sie ausführbar ist, immer als die vortheilhafteste Methode der Exstirpation der Collumcarcinome, und hat er als ihre speciellen Vorzüge die Zuverlässigkeit der Blutstillung, Schutz vor Nachblutungen und die Deckung des Substanzverlustes durch Gewebe statt durch einen Schorf öfters schätzen gelernt.

470. K. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. Sitzung vom **26. Mai 1877.**

Dr. Lindner demonstrirte eine Reihe von Kathetersonden. Diese sind gewöhnliche Bowman'sche Sonden, an welchen die obern Nummern (1, 2 und 3) solid geblieben sind, die untern (2, 3 und 4) dagegen Rohre bilden, welche zu gewissen Zwecken auch gefenstert sein könnten. Bowman Nr. 1 ist zu einem Rohr ungeeignet, Nr. 5 und 6 überflüssig. — In der Mitte der Platte einer solchen Sonde befindet sich eine Kapsel zum Anstecken des Ansatzes einer Anel'schen Spritze wenn man nicht zu seiner eigenen Bequemlichkeit einen 2 Ctm. langen elastischen Schlauch, der an einem Ende einen Ansatz und am andern eine Kapsel hat, zwischen Kapsel der Sonde und Ansatz der Spritze einschieben will. Dabei wird natürlich die Kanüle der letztern ganz erspart. L. verwendet die Kathetersonde überall dort, wo neben dem Sondiren Injectionen angezeigt sind, d. i. zu Einspritzungen von Adstringentien und zu Explorationsinjectionen. In den Fällen, in welchen das Durchführen der Bowmman'schen Sonden bis zur Nase bei aller anuellen Geschicklichkeit nicht gleich gelingt, dürfte die Kathetersonde eine Zukunft haben, weil eine gelungene Explorationsinjection eventuell zu einer gelinden Gewalt behufs Ueberwindung einer Stricturirung einladen dürfte. Vor Verstopfung schützt L. die Sonde durch ein eingeführtes Rosshaar.

Dr. Hirschler hält die von Lindner modificirte Bowman'sche Sonde für eine interessante, zu weiteren Versuchen aneifernde Neuerung, vindicirt derselben aber vorläufig nur in einzelnen beschränkten Fällen einen praktischen Werth.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Heilung der Lungenschwindsucht und der chronischen Bronchitis. Mit Hilfe eines neuen Heilverfahrens von Dr. Julius Boyer. Mit Autorisation des Verfassers nach der 12. Auflage aus dem Französischen übersetzt von Gustav Tuch. Hamburg, Otto Meissner. 1877.

Digitized by Google

Ueber die Hippursäurebildung in der Niere. Strassburger Inaugural-Dissertation von Arthur Hoffmann aus Darmstadt. Leipzig, 1877.

Zur Lehre von der arhythmischen Herzthätigkeit. (Berichtigung). Von Franz Riegel. Sep.-Abd. aus d. dtsch. Arch. f. klin. Medic. 19.

Ueber Peripleuritis. Von Franz Riegel. Ibidem.

Untersuchung über die Gesetze der Nervenerregung. Von Dr. Ernst Fleischl. I. Abhandlung. Ueber die Lehre vom Anschwellen der Reize in Nerven. Mit 4 Holzschnitten. II. Abhandlung. Ueber die Wirkung secundär elektrischer Ströme auf Nerven. Aus dem 72. resp. 74. Bande der Sitzb. der k. Akad. d. Wissensch. 1875, 1876.

Sep.-Abd. aus dem Bericht über die Weltausstellung in Philadelphia. Mikroskope. Medicin. Von Dr. Ernst von Fleischl. Wien. Selbstverlag des Herausgebers. 1877.

20. Jahres-Bericht des schwedischen heilgymnastischen Institutes in Bremen. Von Prof. Dr. Axel Sigfried Ulrich. Bremen, C. Ed. Müller 1877.

Ueber die Vorgänge bei dem Lungenbrande und über den Einfluss verschiedener Arzneimittel auf dieselben. Von Prof. Wilhelm Filehne in Erlangen. (Sitzungsber. d. physikal.-medic. Societät in Erlangen 1877.)

Gynäkologische Mittheilungen. Von Dr. Karl v. Rokitansky in Wien. (Sep.-Abd. aus d. „Wiener med. Presse" 1877.)

Ueber die Perforation des Warzenfortsatzes. Von Dr. Arthur Hartmann in Berlin. (Sep.-Abdr. aus v. Langenb. Arch. 21, 2.)

Ueber Polypenschnürer und ihre Anwendung im Ohre, in der Nase und im Nasenrachenraume. Von Dr. Arthur Hartmann in Berlin. (Sep.-Abdr. aus der Dtsch. med. Wochenschr. 1877.)

Aus der medicinischen Abtheilung des Cölner Bürger-Hospitals. Zur Lehre von den Pericardialverwachsungen. Von Dr. Franz Pacsek. (Sep.-Abdr. aus d. Berl. klin. Wochenschr. 1877.)

Die Bewegung der Bevölkerung in Wien im Jahre 1876. Mittheilungen des städtischen statistischen Bureaus. Wien 1877. Verlag des Wiener Magistrates.

Das Buch von der gesunden und kranken Frau in den ersten Stadien des ehelichen Lebens. Von Dr. Ernst Kormann. Erlangen, Eduard Besold 1877.

Pharmacopoea clinico-oeconomica. Eine Anleitung zur Ordination der wichtigsten Arzneimittel. Mit besonderer Rücksicht auf die Armen- und Hospital-Praxis für Praktikanten und angehende Armenärzte. Zusammengestellt von Prof. Dr. H. v. Ziemssen in München. 3. Auflage. Erlangen, Eduard Besold 1877.

Tisch für Lungenkranke nebst einem Anhange: Schwindsuchtsprophylaxe im kindlichen Lebensalter. Von Dr. Michaelis in Freiburg. Mit 2 Abbildungen. Elberfeld, Eduard Loll 1877.

Ueber Ernährung und Körperwägungen der Neugeborenen und Säuglinge. Von Dr. Ludwig Fleischmann. (Wiener Klinik. Juni-Juli 1877.)

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Offene Correspondenz der Redaction.

Herrn Dr. K. in Querfurt: Treatment of Syphilis. London, Hartwicke 1875. — Deday et Doyon, Therapeutique des mal. vénér etc. Paris, Masson 1876. — Fournier, Leçons sur la Syphilis. — Freem. J. Bumstead, The Patholog. and treatment of venereal diseases. — Gunn. The nature and treatment of venereal diseases. New-York. (Sehr praktisch.)

Digitized by Google

Offene Correspondenz der Administration.

(Geschlossen am 20. August 1877.)

Herrn L. L., Stadtarzt in Kamionka. Die bisher erschienenen 7 Hefte haben wir nachgeliefert!

„ Dr. R. in Frankfurt a. M. Beglichen bis 30. Juni 1878.

„ Dr. J. F. in Brandeis. Erledigt.

„ J. W., prakt. Arzt in Ratzersdorf Von uns nicht!

„ Dr. J. P. in Neu-Lerchenfeld; Leseverein des Garn.-Sp. Nr. 19 in Pressburg (50 kr. Rest pro 1. Sem.); Dr. J. S., k. k. Reg.-Arzt in Sniatyn; Dr. J. F., Werksarzt in Trifail; Dr. E., k. k. Reg.-Arzt in Kronstadt. Bestätigen nur auf ausdrückliches Verlangen den Empfang des Abonnementabetrages.

☞ **Im Verlage von Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4, ist erschienen: Recept-Taschenbuch und Kalender der „Wiener Medic. Presse" 1878. 30 Bogen Taschenformat, Preis elegant in englisch Leinen gebunden 1 fl. 60 kr. Derselbe enthält: 1024 Receptformeln nebst therapeutischen Winken; zu subcutanen Injectionen gebräuchliche Medicamente und ihre Dosirung; zu Inhalationen gebräuchliche Medicamente und ihre Dosirung; Register zu den Receptformeln; Uebersicht der officinellen, sowie der wichtigeren nicht officinellen Arzneimittel, ihre Dosirung, Anwendung und Taxe; Maximaldosen, welche nach der österreichischen Pharmakopöe nicht überschritten werden dürfen, ohne dass der Arzt ein ! zufügt; vergleichende Gewichtstabellen; Schwangerschafts-Kalender; Allgemeine Anzeigen; Pergamenttafel; Kalendarium mit Papier durchschossen; Stempel-Tarif; Coupon-Werthe; Briefporto-Tarif; Telegraphen-Tarif; Ziehungen sämmtlicher österreichisch-ungarischer Lotterie-Effecten im Jahre 1878; Notizen für alle Tage des Jahres 1878.**

Daraus erschien separat: Klinisches Recept-Taschenbuch für praktische Aerzte. Sammlung der gebräuchlichen und bewährtesten Heilformeln an den Wiener Kliniken. — Preis elegant in englisch Leinen gebunden 1 fl. 20 kr. = 2 Mark 40 Pf.

☞ **Von Prof. Dr. Hofmann's Lehrbuch der gerichtlichen Medicin wurde die erste Hälfte (Bogen 1—20) ausgegeben, welche sowohl von der Verlagsbuchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4, als auch von allen Buchhandlungen des In- und Auslandes um den Betrag von 3 fl. 60 kr. = 7 Mark 20 Pf. bezogen werden kann. — Die zweite Hälfte (Schluss) erscheint Ende l. J. (Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.)**

☞ **Vor Kurzem erschien das prachtvoll ausgestattete, mit 536 Holzschnitten und 30 Tafeln in Farbendruck versehene Handbuch der kriegschirurgischen Technik von Prof. Dr. Esmarch. Demselben wurde anlässlich der Wiener Weltausstellung „als das beste Handbuch der kriegschirurgischen Technik" der erste Preis von den Preisrichtern Prof. Billroth, Langenbeck und Socin zuerkannt.**

Dieses classische Werk enthält in prägnanter Kürze eine Schilderung der verschiedenen Verbandmethoden und Verbände, sowie der im Felde vorkommenden chirurgischen Operationen nach dem jetzigen Standpunkt der kriegschirurgischen Technik und ist bestimmt, ein praktisches Hilfsmittel und unentbehrlicher Begleiter für jeden Feldarzt zu werden. — Der Preis des Buches ist seiner Ausstattung entsprechend vom Verleger auf 15 fl. 60 kr. festgesetzt. (Zu beziehen durch Urban & Schwarzenberg in Wien, I. Maximilianstrasse 4.)

☞ **Von Birch-Hirschfeld's Lehrbuch der pathologischen Anatomie ist die zweite Hälfte erschienen und zur Fortsetzung versandt worden; dieselbe bildet einen 60 Bogen starken Band mit 5 lithographirten Tafeln und kostet 11 fl. 40 kr.; mit dieser zweiten Hälfte ist das hervorragende Werk complet geworden (16 fl. 50 kr.). (Zu beziehen durch Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.)**

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Karl Bettelheim.
Einsendungen an die Redaction sind zu richten: Wien, I., Gonzagagasse 5.

Druck von G. Gistel & Co., Wien.

Digitized by Google

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschien und ist durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

HANDBUCH
der
Allgemeinen Pathologie
als
pathologische Physiologie
von
Dr. S. Samuel,

a. o. Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie an der Universität zu Königsberg.

I. Abtheilung.

Allgemeine Nosologie, Störungen der Blut- und Säftecirculation.

gr. 8. Preis 4 M. 80 Pf. = 3 fl. 12 kr.

Die Ausgabe erfolgt in vier Abtheilungen.

Das ganze Werk wird den Umfang von 50 Bogen gr. 8°. nicht überschreiten und spätestens Mitte 1878 vollendet werden.

Placenta Praevia,
die vorliegende Nachgeburt, ihre Entwicklung und Behandlung
von
Dr. Ludwig Müller,
kgl. Sanitätsrath, prakt. Arzt in Minden und Brunnenarzt in Rehme-Oeynhausen.

gr. 8. Preis 3 M. 80 Pf. = 5 fl. 72 kr.

Werth und Bedeutung
der
Reformbestrebungen
in der
Classification der Psychosen
von
Dr. Jacob Weiss,
Assistent an Prof. Leidesdorf's Klinik.

8. Preis 80 Pf. = 52 kr.

Constantin-Bad
bei Warasdin in Croatien.

Eine der reichsten und kräftigsten **Schwefelthermen** in Europa mit + 47° R. tägl. Zufluss 74.000 Eimer. — Separatsteinbäder, **Schlammbäder,** Trinkkur.

Unübertrefflich bei gichtischen, rheumatischen und anderen Exsudativprocessen selbst bis zum Knochengewebe. Sehr heilsam bei chronischen Magen-, Gedärme-, Nieren-, Harnblasen-Katarrhen, Hämorrhoidalleiden, bei skrophulösen Formen und veralteter Syphilis, sowie bei Lähmungen und Neuralgien.

Die Lage des Kurortes ist eine äusserst günstige, die Gegend ein reizend schönes, bewaldetes Gebirgsthal, an dessen südlicher Abdachung die Kuranstalt dasselbe beherrscht. Die Inhabung (das Agramer Metropolitan-Capitel) hat seit den letzten Jahren sehr viel für gute Wohnungen und Erhebung der Anstalt gethan.

Der Kurort bietet dem Kurgaste nun Alles, was ihm den Aufenthalt auch vergnüglich machen kann. Die Communication ist eine sehr comfortable.

Von **Wien** über **Oedenburg** nach **Csakathurn** per Bahn (9 Std.), und von da per Wagen in 2½ Stunden auf einer reizenden Route.

Nur Einen Fehler beging man bisher: Man vernachlässigte in dem guten Glauben: „eine gute Sache lobt sich selbst", total die Reclame, und so kam es, dass bisher eine der allerkräftigsten Heilquellen Oesterreichs in weiteren Kreisen so unbekannt blieb.

Anfragen bei der Badedirection:

34 **Dr. G. v. Kottowitz.**

Digitized by Google

Chinin-Zuckerln und Chinin-Chokoladen

von

Josef Gobetzky.

Apotheker in Essek, Slavonien.

Diese aus **Chininum tannicum neutr.** mit der grössten Genauigkeit von mir erzeugten Präparate kosten

100 Stück 4 fl. ö. Währ., inclusive Stempel, Emballage und Porto.

Jedes Stück enthält 7 Centigramm reines Chinin.

Zur Beachtung.

Den Beweis der Vorzüglichkeit und Echtheit meiner Erzeugnisse liefern die Zeugnisse über die vorgenommenen chem. Analysen des Herrn Professor Dr. G. C. Wittstein in München; Dr. J. Schorm und Dr. H. Braun in Wien, J. Molnar, Apotheker und Chemiker in Budapest etc., sowie die in Nr. 13 der Zeitschrift des allgem. österr. Apotheker-Vereins vom J. 1876 veröffentlichte Anempfehlung des bekannten Professor Dr. Wittstein in München, welche lautet:

Herr Apotheker Josef Gobetzky in Essek (Slavonien) bereitet mittelst **von ihm eigens dargestellten** neutralen gerbsauren Chinins (Chininum tannicum neutrale) Chokolade-Zeltchen und Zuckerzeltchen, welche, **wie ich mich durch chemische Prüfung** überzeugt habe, nicht allein **sehr sorgfältig** hergestellt sind und **den angegebenen Gehalt an Chinin besitzen**, sondern auch den **grossen Vorzug** haben, dass darin **die Bitterkeit des Alkaloides völlig maskirt ist.**

Ich kann daher **allen Aerzten**, welche veranlasst sind, Chinin zu verordnen, obige **Präparate auf's beste empfehlen.**

München, den 25. April 1876. (L. S.) **Prof. Dr. G. C. Wittstein.**

Aufträge werden erbeten in Wien an Herrn Otto Raabe, Bäckerstrasse Nr. 1, und Pezold u. Süss, Droguisten; in Pest an Herrn Thalmaier u. Comp.; in Graz an Herrn Dr. A. Wunder, Apotheker, und Herrn Nedver, Apotheker; in Kronstadt an Herrn Müller, Apotheker; in Temesvar an Herrn J. Pecher, Apotheker; in Maros-Vásárhely an Herrn A. Jenney, Apotheker, und an den Erzeuger zu richten.

Diese Präparate wurden auch bei der Szegediner Landes-Ausstellung als eminente **Präparate anerkannt und hiefür mir die Verdienstmedaille ertheilt.** 19

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschien und ist durch alle Buchhandlung zu beziehen:

Das Oberengadin

in seinem

Einfluss auf Gesundheit und Leben

von

med. Dr. J. M. Ludwig,

praktischer Arzt in Pontresina.

Gekrönte Preisschrift.

8. Preis 3 Mark 20 Pf. = 2 fl. 8 kr.

Das

Verhalten des Cervix uteri

während der

letzten Schwangerschaftsmonate.

Von

Dr. A. Martin,

Dozent an der Universität zu Berlin.

Mit 2 lithogr. Tafeln.

gr. 8. Preis 2 Mark = 1 fl. 30 kr.

Die

epidemischen Krankheiten,

ihre

Ursachen und Schutzmittel.

Vortrag, gehalten in Königsberg

von

Dr. S. Samuel,

Professor der Medicin.

gr. 8. Preis 1 Mark = 65 kr.

Zeitschrift

für

Geburtshülfe und Gynäkologie.

Unter Mitwirkung der

Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie

herausgegeben von

Carl Schröder, Louis Mayer und Heinrich Fasbender.

I. Band. 2. Heft.

Mit 22 Holzschnitten und 6 lithogr. Tafeln.

gr. 8. Preis 8 Mark 80 Pf. = 5 fl. 72 kr.

Digitized by Google

Verlag von F. C. W. VOGEL in Leipzig.

Soeben erschien:

KLINIK
der
GELENKKRANKHEITEN.
Mit Einschluss der Orthopädie.

Auf anatom.-physiol. Grundlagen nach klinischen Beobachtungen für Aerzte und Studirende

bearbeitet von

Prof. Dr. C. Hueter
in Greifswald. 42

Zweite umgearbeitete Auflage.

II. THEIL:
Specielle Pathologie der Gelenkkrankheiten der Extremitäten.

Mit 60 Holzschnitten. 39 Bogen. gr. 8. 12 Mark = 7 fl. 80 kr.

Theil I kostet 7 Mk. 50 Pf. = 4 fl. 85 kr. — Theil III (Schluss) wird im Herbst erscheinen.

Jeder Theil ist auch einzeln käuflich.

Privat-Heilanstalt
für
Gemüths- und Nervenkranke
in 16
Oberdöbling, Hirschengasse 71.

Prof. Lister's Verband

für eine grössere Operation nach Vorschrift von Prof. Dr. Esmarch,

enthaltend:
1 Stück à 550 Cm. **Lister'sche Karbolgaze** (zwischen der 7. und 8. Lage ein Stück karbolisirtes Pergamentpapier); 2 Stück **Lister'sche Karbolgazebinden** 10 Cm. breit 550 Cm. lang; ½ Pfund **Salicylsäure**-Jute 4%; 1 Strang **karbolisirte Darmsaiten (Catgut)** und 30 Cm. **karbolisirte Drainageröhren** in einer Glasröhre; 1 Strang **karbolisirte Nähseide** auf Karton; 1 Stück **Schutztaffet** (protektive silk) 30 Cm. lang 5 Cm. breit; 10—20 Stück **Tupfer** versch. Grösse aus Salicylsäure-Zupf-Charpie, Jute und Gaze; 1 titrirtes Glas mit **Karbolsäurelösung**, wovon jeweils auf einen halben Liter Wasser: 12½ Grad für den Spray, 25 Grad zum Waschen der Hände des Chirurgen, der Haut des verwundeten Theiles und zum Eintauchen der Instrumente zu verwenden sind,
offerirt in Original-Verpackung zum Preise von 8 fl.

36 ***Wilhelm Maager,*** *III., Heumarkt 3, in Wien.*
General-Depositeur der internationalen Verbandstoff-Fabrik in Schaffhausen.

Digitized by Google

Medic. Klinik, allg. Path. [illegible]
Psych[illegible]

[illegible]

471. Gallensteinbildung [illegible]
Fettbildung. [illegible]
Deutsch. Arch. f. klin. Med. [illegible]

[illegible]

Digitized by Google

2. Die atheromatöse Arteriendegeneration (ohne Gallensteine) kommt sehr viel häufiger vor als Gallensteine.

3. Gallensteine fanden sich viel häufiger beim weiblichen als beim männlichen Geschlecht; die Arteriendegeneration bei beiden Geschlechtern in annähernd gleicher Häufigkeit.

4. Das Auftreten von Gallensteinen wird im Allgemeinen schon in einer früheren Lebensperiode (vom 20. Jahre an) beobachtet, als das der atheromatösen Arteriendegeneration.

5. Die Gallensteine finden sich relativ häufiger bei Carcinomkranken und bei nervöser Stauung, resp. grosser Blutfülle der Leber.

6. Das Vorkommen von Gallensteinen und von atheromatöser Arteriendegeneration ist relativ sehr häufig von reichlicher Fettbildung begleitet.

Auffallend ist die geringe Quantität des Cholestearins bei Fettlebern; daraus darf aber noch nicht gefolgert werden, dass die Fettbildung in der Leber vom Anfang an einen geringen Cholestearingehalt voraussetzt. Es kann im Gegentheil das durch seinen hohen Kohlenstoffgehalt ausgezeichnete, stickstofffreie Cholestearin sehr wohl als eine Muttersubstanz für Fettsäuren betrachtet werden, und wird es reichlich in der Leber erzeugt, so kann möglicher Weise auch der reiche Fettgehalt der Leber von ihm abstammen. Dem entsprechend geben Fettlebern einen nur geringen Cholestearingehalt.

Eine interessante Wahrnehmung, die B. machte, ist die oft ganz auffallende Fettbildung, unter den denkbar ungünstigsten Verhältnissen, bei Phthisikern und bei den scrophulös-cariös-osteomyelitischen Vorgängen; unter den Phthisikern waren es namentlich die Fälle von Miliartuberculose, welche durch eine so auffallende Fettbildung am Omentum, Mesenterium, an den Appendices epipl. u. s. w., bei oft höchstgradiger Atrophie des Unterhautfettgewebes ausgezeichnet waren. Für die Deutung dieser excessiven Fettbildung bezieht sich B. auf eine Schrift von Prof. Roloff (die Schwindsucht, fettige Degeneration, Scrophulose und Tuberculose bei Schweinen. Berlin 1875). Roloff sagt in derselben, dass die grossen Erfolge, welche in der neueren Zeit bei der Schweinezucht erzielt worden sind, indem es gelungen ist, frühreife Racen mit grosser Mastfähigkeit zu bilden, dadurch wieder ganz erheblich beeinträchtigt werden, dass sich bei den Thieren neben den wünschenswerthen Eigenschaften eine grosse constitutionelle Schwäche entwickelt, dass diese Schwäche wesentlich auf einen allgemeinen Blutmangel zurückzuführen ist, und dass fettige Degeneration der Muskeln und Drüsen, käsige Darmentzündung mit Geschwürsbildung, käsige Pneumonie und allgemeine Tuberculose die pathologisch-anatomischen Producte bilden, welche sich auf Grund jener Constitutionsanomalie entwickeln. Kreuzung der Racen allein schafft dagegen keine Hilfe; es ist durchaus erforderlich, den Thieren, welche zur Zucht verwendet werden sollen, von Jugend auf gehörige Bewegung im Freien zu verschaffen,

Digitized by Google

damit alle Organe sich kräftig entwickeln, die Blutcirculation befördert, die Thätigkeit der Lungen gesteigert und der Anhäufung der Futterstoffe im Dickdarm vorgebeugt wird.

Fettanbildung im Körper geht mit einer sehr bedeutenden Abnahme der Blutmenge, d. h. der oxydirenden Substanzen Hand in Hand. (Joh. Ranke.) Aehnliche, die Fettbildung und die tuberculösen Processe begünstigende Momente finden sich aber auch gerade bei Kranken, welche durch ihr Leiden (Caries des Fusses, des Hüftgelenks, der Wirbel) zur Ruhe verurtheilt sind; wenn auch darin keineswegs das ätiologische Moment des Krankheitsprocesses liegt, so dürfte doch ein förderliches darin erkannt werden. Von diesen Gesichtspunkten aus betrachtet, gewinnt die allgemein bekannte Fettleibigkeit der pastos-scrophulösen Kinder ein ganz besonderes Interesse, denn gerade bei den scrophulös-cariösen und osteomyelitischen Processen werden ganz vorzugsweise enge Gefässlumina und Blutarmuth gefunden, und man darf vielleicht von diesen Erscheinungen, als zweifellos congenitalen und erblichen, den Ausgang nehmen, um allgemeine Schwäche, Fettbildung und Entwickelung scrophulöser und tuberculöser Processe zu erklären. Jellinek.

472. Zur Casuistik der Faradisation. Von Dr. Gustav E. Weisflog. (Deutsches Archiv für klin. Medicin, 1876. Bd. 18, 4. und 5. Heft.)

Im Anschlusse an eine frühere gleichbetitelte Arbeit veröffentlicht Verfasser seine seitherigen Erfahrungen über die therapeutischen Wirkungen der Faradisation. In specifischen Processen hält er den faradischen Strom für kein Heilmittel, ebensowenig bei nicht specifischem acuten und chronischen Gelenksrheumatismus.

Günstiges wird von der Faradisation bei der Scrophulose zu erwarten sein, namentlich wo sie als periostitischer Process um die Gelenke auftritt. Der eigentliche Wirkungskreis der faradischen Elektricität ist aber nach Weisflog das Gesammtgebiet der Traumen, ja sie wird für traumatische Entzündungen als das kräftigste, unfehlbarste, und wegen ihrer absolut anästhesirenden Wirkungen zugleich werthvollste Antiphlogisticum bezeichnet, über welches die Therapie überhaupt verfügt. Dabei sistirt sie nicht blos den entzündlichen Process, sondern sie führt gleichzeitig die Resorption der Entzündungsproducte durch. In allen den Fällen, wo es gilt, die antiphlogistische, die anästhesirende oder resorbirende Wirkung der Faradisation zu verwerthen, handelt es sich um verletzte Körpergebiete, deren Bedeckungen entweder wund gelegt sind oder nicht. Im ersteren Falle (z. B. bei Geschwüren, Verbrennungen, Operationswunden) muss man sich eines Leiters bedienen, den auch eine ihres natürlichen Schutzes beraubte Fläche verträgt, und dieser ist das Wasser, welches, je nach der Natur des zu behandelnden Falles, in seiner Temperatur von 5—20° C. variiren kann. Ist die Oertlichkeit nicht geeignet, das Wasser als Leiter zu verwenden, oder ist die Stelle nicht

Digitized by Google

wund, dann bedient man sich solider Elektroden. Bedient man sich des Wassers als Leiter, so wird der kranke Theil in einem passenden Gefässe untergetaucht; blecherne oder kupferne Gefässe verbindet man einfach mit dem einen Poldraht; bei irdenen und hölzernen Gefässen legt man den Pol mit seiner Elektrode auf den Boden. Der Kettenschluss kann entweder so bewirkt werden, dass man einen gesunden Körpertheil in ein anderes gleichmässig hergerichtetes Wassergefäss eintauchen, oder eine Schwammelektrode aufsetzen lässt. Zu soliden Leitern benützt Weisflog Aufsätze mit Messingplatten von 10 Cm. Länge und 2 bis 4 Cm. Breite, auf welchen grosse Schwämme befestigt werden. Sie gestatten die Ueberleitung bedeutender Elektricitätsmengen, ohne die elektrocutane Empfindlichkeit zu übernehmen, oder starke Muskelcontractionen zu erzeugen.

Die Dauer der faradisirenden Bäder hat keine Beschränkung, indess werden sie selten über eine Stunde ausgedehnt. Ihre Wiederholung ist so oft es nur immer geschehen kann, angezeigt. Verfasser erhärtet seine Angaben in casuistischer Weise und zwar sind es Fälle von schmerzhaften Geschwüren, Brandwunden, chronischem Hydrops des Kniegelenkes, acuten und chronischen traumatischen Gelenksentzündungen, von serofibrinösen und seröseitrigen Exsudaten, ferner von blutigen Ergüssen, dann von Entzündung von Symphysen und endlich scrophulöse Periosto-Arthritis, in welchen Verfasser die anästhesirenden, resorbirenden und antiphlogistischen Wirkungen der Faradisation schätzen zu lernen Gelegenheit hatte. Popper.

473. Mittheilungen aus dem Franz-Josefs-Kinderspital in Prag. Von Dr. Th. Neureutter und Dr. J. Salmon. (Oest Jahrb. für Päd. 1. B. 1876.)

Wir berichten aus den Mittheilungen über einige Fälle von besonderem Interesse.

1. Meningitis cerebro-spinalis. Ein 7 Jahre altes Mädchen, das seit einigen Wochen kränkelt und sehr abgemagert ist, wird mit Contracturen der oberen und unteren Extremitäten und des Nackens aufgenommen, der Unterleib ist muldenförmig eingezogen, das Kind spricht kein Wort, die Pupillen sind dilatirt, reagiren aber auf Licht ganz gut, die Haut ist hyperästhetisch, die Respiration, trotz reichlicher Rasselgeräusche normal, der Puls klein und frequent. Am 7. Tage nach der Aufnahme zahlreiche Ecchymosen am rechten Unterschenkel. Tod.

Meningitis cerebro-spinalis purulenta, Bronchiectalien, Bronchopneumonie in lob. inf. pulmonum, Atrophia.

Sitz der Meningitis: Gehirnbasis, Pons, fissura post. cerebelli und Hirnventrikel, die Meningen des ganzen Rückenmarkes, dieses selbst war frei.

Das Kind hatte nie erbrochen und hatte keine Lähmungen gezeigt.

2. Apoplexia meningealis cerebelli ex thrombosi sinuum basil. lat. d., anaemia cerebri, abscessus in regione parotidea lat. utriusque et in reg. scapul. d., Pharyngitis exulcerans, oedema pulmonum, degenerat. adip. cordis, hepat. et renum, cat. intestin. chron.

Digitized by Google

Zweijähriges Mädchen seit 5 Wochen an Diarrhöe und seit 5 Tagen an Scharlach erkrankt, agonisirend aufgenommen, höchste Unruhe, Bewusstlosigkeit, unzählbarer Puls, Retraction des Kopfes, Lichtscheu, enorme Temperatur, Eiterfisteln an beiden Seiten des Unterkiefers und am obern Ende des rechten Schulterblattes. Tod nach mehreren Stunden.

3. Haemorrhagia meningum. 6 Wochen altes mit palat. fissura behaftetes Kind, von auffallender Ruhe und Apathie, Schlummersucht.

Magert rasch ab und collabirt.

Bei der Obduction findet man die dura mater der mittleren und hinteren Schädelgruben mit einem rothbraunen, leicht abstreifbaren, stellenweise mehrere Millimeter dicken Beschlage belegt, die weichen Hirnhäute sind vielfach rostbraun pigmentirt. Die Hämorrhagie scheint während des Geburtsactes zu Stande gekommen zu sein.

4. Marantische Thrombose der venae portae, fettige Degeneration des Herzens und der Leber, chron. Milztumor, Thrombose der Capillaren der vena portae im Bereiche der fettig degenerirten Leber.

Ein 8 Monate altes, mit 3 Monaten an Diarrhöe erkranktes Kind, mit enormem Meteorismus und fortwährendem Erbrechen aufgenommen, stirbt 8 Tage nach der Aufnahme.

5. Peritonitis universalis, wahrscheinlich durch Thrombose bedingt, ausgehend von einer Insuff. und Stenose des ostium art. ventr. sin., Trübung und Verdickung der Meningen.

Das 9 Jahre alte Mädchen ist vor Kurzem wegen epileptischer Anfälle im Spitale gewesen und damals der Herzfehler diagnosticirt worden.

Während der Choleraepidemie 1873 mit den Symptomen des Brechdurchfalles aufgenommen, stirbt es nach einigen Stunden an Convulsionen.

6. Tub. tubarum et uteri.

Bei einem einer Scarlatina erlegenen 5 Jahre alten Mädchen, dessen Anamnese nicht verlässlich, findet man:

Den Uterus haselnussgross, seine Höhle mit käsiger Masse erfüllt, nach deren Entfernung die nur stellenweise verdickte Schleimhaut zum Vorschein kömmt, das Uterusparenchym ist intact. Beide Tuben im Innern gleichfalls mit einem käsigen Belege versehen, die Schleimhaut darunter zerstört. Aeltere Tuberculose des Bauchfells.

7. Ulcus oesophagi ex diphtheritide. Am unteren Drittel des Oesophagus ein circulares, theilweise in die Mucosa dringendes Geschwür, von dem sich ein diphtheritisches Schorf abgestossen hat, Tod durch Verblutung nach innen.

6 Jahre altes Mädchen mit Scarlatina und Diphtheritis aufgenommen, Tod unter Gehirndruckerscheinungen. Schlingbeschwerden und blutige Stühle sind nicht beobachtet worden.

8. Endarteriitis pulmon. dipht., über dem vorderen sin. Valsalvae ein hanfkorngrosser, höckriger, braunrother, aus Zellen und Punkthaeterien bestehender embolischer Herd. Ecchymosen an den serösen und Schleimhäuten, hämorrhagische Ergüsse in den Pleurasack und in die Pericardialhöhle.

Ein 3 Jahre altes Mädchen, das eben Scarlatina überstanden hat, mit morb. Brightii aufgenommen.

Einige Tage nach der Aufnahme etablirt sich ein oberflächlicher Brandschorf über dem rechten Trochanter und hämorrhag. Flecke am äusseren Knöchel und der kleinen Zehe.

Das Kind stirbt im Eruptionsstadium der Variola. Eisenschitz.

Digitized by Google

474. Ueber Retropharyngeal-Abscesse bei Kindern nach 144 eigenen Beobachtungen und über Lymphadenitis retropharyngealis nach 43 eigenen Beobachtungen. Von Prof. Joh. Bókai. (Jahrb. für Kinderheilk. 10. Bd. 1. u. 2. Heft.)

Unter 144 Fällen von Retropharyngeal-Abscessen waren 129 idiopathische, 3 secundäre in Folge von Eitersenkung bei Halsabscessen, 4 secundäre bei Spondylitis cervicalis, 7 im Verlaufe von Scharlach und 1 traumatisches, davon wurden 102 mit dem Bistouri, 5 mittelst Fingerdrückung eröffnet, 19 eröffneten sich spontan und 18 blieben uneröffnet. Gestorben sind 11, geheilt wurden 120, 13 entgingen der weiteren Beobachtung.

Es gehören der Sache nach hierher auch 43 Beobachtungen von Lymphadenitis retrophar., insoferne sie den Ausgangspunkt der Abscesse abgeben, wenn sie auch in vielen Fällen in Zertheilung enden.

Nur ein geringer Theil der Adenitiden und der Abscesse haben eine mediane, weitaus die Mehrzahl eine seitliche Lage (86 rechts, 64 links, 31 median, 6 unbekannt), ebenso ist nur eine ganz kleine Zahl von Retropharyngeal-Abscessen (3) durch Eitersenkung zu Stande gekommen, ihre Differenzirung von idiopathischen Abscessen ist übrigens nur in jenen Fällen mit Sicherheit zu machen, in welchen die Affection gleich im Beginne zur Beobachtung kömmt.

Auch die im Gefolge von Spondylitis cervicalis auftretenden Retropharyngeal-Abscesse sind im Vergleiche zur grossen Zahl der ersteren nur sehr selten.

Von den 144 Abscessen kamen 78 bei Knaben, 66 bei Mädchen vor; von den 43 Fällen war Lymphadenitis retroph. 27 bei Knaben, 16 bei Mädchen; 86 Abscesse und 32 Fälle von Adenitis bei Kindern bis zu 1 Jahr, 48 Abscesse und 10 Fälle von Adenitis bei Kindern im Alter von 1—3 Jahren, 8 Abscesse und 1 Fall von Adenitis im Alter von 4—7 Jahren.

Bei 32 Fällen waren multiple Drüsenschwellungen oder solche Erkrankungen vorhanden, welche erfahrungsgemäss Drüsenschwellungen veranlassen.

Einen causalen Zusammenhang mit der Dentition will Bókai nicht gelten lassen; am häufigsten disponiren dazu scrophulöse, rhachitische Kinder, solche mit Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle, der Nasenhöhle, des Gehörganges, mit Eczemen des Gesichtes, des Hinterhauptes, des Nackens, Entzündungen der Wirbel.

Die Inspection der Rachenhöhle gibt selten Sicherheit genug zur Feststellung der Diagnose, es ist unerlässlich nothwendig, mit dem eingeführten Zeigefinger zu palpiren. Neben der Digitalexploration soll durch Betastung von aussen der Zustand der oberflächlichen und tiefen Lymphdrüsen am Halse eruirt werden.

Digitized by Google

Die Zeit vom Beginne der ersten Krankheitserscheinungen bis zur Feststellung der Diagnose durch die Digitaluntersuchung schwankt zwischen 2 Tagen und 5 Wochen und selbst darüber. Die Entwicklung brauchte in 65 Fällen 2—14 Tage, in 13 Fällen 3 Wochen, in 10 Fällen 4 Wochen, in 7 Fällen 5—8 Wochen.

Man wird nach der Entwicklungsdauer die idiopathischen Retropharyngeal-Abscesse in acute und chronische eintheilen, bei Säuglingen ist die acute Form, wenn auch nicht die ausschliesslich, wohl aber die am häufigsten vorkommende und die Symptome bei ihnen auch meist höchst turbulent.

Die erste Erscheinung äussert sich als erschwertes Schlingen, bedingt durch Schmerzhaftigkeit der entzündeten Rachengebilde, Säuglinge sind in Folge dessen am Saugen behindert. Die Schlingbeschwerden werden um so bedeutender, wenn das mechanische Hinderniss angewachsen ist.

Eine zweite Erscheinung ist die Veränderung der Stimme, welche einen näselnden Charakter (nach Schmitz Gaumenton) annimmt.

Die Veränderungen der Respiration sind im Beginne unbedeutend und werden im weiteren Verlaufe der Krankheit, je nach dem Standorte der Abscesse, mehr weniger beträchtlich, schnarchend, selbst suffocativ.

Husten kann fehlen oder ist ein Zeichen von Complicationen in den Luftwegen.

Auffällig ist die Haltung des Kopfes, der Hals eigenthümlich steif; wenn die Lymphdrüsen am Halse schon wesentlich an Grösse zugenommen haben, ist der Hals vorgewölbt.

Die Ergebnisse der Untersuchung durch die Inspection und Palpation setzen wir als bekannt voraus, die letztere muss immer auch Klarheit über die Resistenz der Abscesswandung verschaffen, um die Art und die Zeit der Eröffnung festzustellen.

Fieber fehlt entweder ganz, oder ist nur mässig, nervöse Störungen sind in späteren Stadien Folge der durch Respirationen und Circulationsstörungen bedingten Kohlensäurevergiftung, 3mal hat B. Facialparalysen beobachtet.

Retropharyngeal-Abscesse im Verlaufe von Scharlach-Diphtherie und primärer Diphtherie, welche letztere übrigens B. nie beobachtet hat, sind viel schwerer zu diagnosticiren und werden auch wohl häufig übersehen.

Die Prognose wird je nach dem Alter des Kindes, der Art des Abscesses, je nach dem Umstande, ob der Abscess unter guter Beobachtung steht und rechtzeitig eröffnet wird oder nicht, verschieden sein und gibt für dieselbe die von Bókai angegebene Mortalität einen guten Massstab ab.

B. selbst hat im Spitale 2 Fälle beobachtet, in denen die künstliche Eröffnung bei den höchst entkräfteten, dispnoischen Kindern zu sehr bedenklicher Erstickungsgefahr führte, welche nur durch die rasche Reizung der n. phrenici mit dem Inductionsstrome beseitigt werden konnte.

Digitized by Google

Nach der Eröffnung kann in die Luftwege abfliessender Eiter pneumonische Processe bedingen, oder es kann Eitersenkung in der Richtung des Oesophagus oder Perforation des Kehlkopfes stattfinden.

Die acute Lymphadenitis retropharyngealis sucht B. durch kalte Umschläge zu bekämpfen, wo die Kinder es nicht unmöglich machen, auch durch Einführen von Eisstückchen in die Mundhöhle. Bei chronisch verlaufenden Fällen und im Beginn der Abscedirung wendet er erregende kalte Umschläge an, die erst in längeren Pausen erneuert werden, ist die Abscedirung schon deutlich, warme Umschläge.

Von Jodeinpinselungen hat B. nie Erfolge gesehen.

Die Eröffnung soll nie unterlassen werden, wenn der Abscess einmal gebildet ist. Findet man eine ganz dünne Stelle, so versuche man die Eröffnung durch Einbohren des untersuchenden Fingers zu erzielen, ohne rohe Gewalt anzuwenden. Gewöhnlich muss mit dem Messer eröffnet werden, jedoch nicht früher, bevor die Geschwulst deutlich elastisch oder fluctuirend ist.

B. macht die Eröffnung mit einem schmalen, spitzen, bis auf etwa 1 Ctm. mit Heftpflaster umwickelten Bistouri, am sichersten unter Leitung des in die Rachenhöhle eingeführten Zeigefingers der linken Hand.

Bei tief hinabreichenden Abscessen benützt B. ein bogenförmiges Stilet oder einen gekrümmten Troicart.

Ein eigenes Instrument für tief liegende Retropharyngeal-Abscesse construirte Störk (Störk's Pharyngotom).

Nach erfolgtem Einstiche soll man mit dem linken Zeigefinger sanft auf den Abscess drücken, von unten nach oben und auch von aussen die entsprechende Gegend des Halses comprimiren.

Das von Schmitz empfohlene Pharyngotom findet B. empfehlenswerth.

Zur Nachbehandlung werden lauwarme Einspritzungen, bei grösseren Kindern Ausspülungen empfohlen; um die Wiederholung der Eröffnung zu vermeiden, untersuche man täglich mit dem Finger, um durch Druck vorzeitiges Schliessen des Abscesses zu verhindern. Blutungen werden durch Einspritzen von kaltem Wasser gestillt werden, wenn nicht durch Unvorsichtigkeit die Carotis int. angestochen wurde.

Ist nachträglich Neigung zur Verjauchung vorhanden, so erweitere man die Einstichsöffnung und wende Antiseptica an.

Die Eröffnung von aussen ist nur sehr selten indicirt und nur in solchen Fällen, wo sich der Abscess tief gegen den Oesophagus gesenkt hat.

Eisenschitz.

475. Ueber Intermittens im Kindesalter. Von Dr. J. Dubrisay. (L'Union med. 98 u. 100, 1876)

Der Ausgangspunkt für die folgende Auseinandersetzung ist die Beobachtung eines 17 Monate alten, aus einer Intermittens-Gegend nach

Digitized by Google

Paris gebrachten Kindes, welches seinen Intermittensanfall regelmässig in Form eines schweren Anfalles von Wechselfieber bekam und bei dem die Erkenntniss dieses Umstandes durch den gleichzeitigen Symptomencomplex einer Bronchopneumonie etwas gehindert war.

Die Anfälle wiederholten sich an 11 aufeinander folgenden Tagen, obwohl vom 3. Anfalle an täglich 0·1—0·15—0·2 chinin. sulf. verabreicht worden sind.

(Diese Dosirung ist auch wirklich, besonders mit Rücksicht auf die schweren Erscheinungen des Anfalles viel zu klein ausgefallen. Ref.)

Ein Milztumor war bei dem Kinde nicht nachzuweisen.

Bei Kindern im Säuglingsalter findet man häufig, dass sich der Intermittensanfall in Form von Convulsionen manifestirt, nur ist der regelmässige Typus nicht immer so scharf ausgedrückt und namentlich fehlt meist die deutliche Ausprägung der einzelnen Stadien des Anfalles.

Eisenschitz.

476. Ein Fall von Sclerodermie (sog. Sleroderma adultorum) bei einem Säugling. Von Dr. P. Cruce. (St. Petersburger med. Zeitschrift, 5. B. 4. H.)

Die vorliegende Beobachtung des Scleroderma adultorum, welche im Kindesalter nur sehr selten gemacht wird, bezieht sich auf ein in die St. Petersburger Findelanstalt aufgenommenes, bei — 20° R. ausgesetzt gewesenes neugebornes Kind. Schon in den ersten Lebenstagen entwickelten sich ohne Oedem, ohne Veränderung der Temperatur und ohne wesentliche Allgemeinstörungen, Verdickungen an beiden Wangen, welche geröthet, glänzend, von kleinen, erweiterten Gefässen durchzogen und starr wie ein hartes Lederkissen sind. Es entwickelten sich nach und nach theils ausgedehnte streifenförmige solche Verdickungen, theils umschriebene, aus isolirten, flachen, etwa linsengrossen Knötchen hervorgehende, an verschiedenen Hautstellen des Rumpfes und der Extremitäten und an der Schleimhaut des Unterkiefers.

Der ganze Process dauert 6—7 Wochen, während welcher einerseits immer neue Verhärtungen auftreten, andererseits schon vorhandene weicher werden oder sogar wieder vollständig schwinden. Das Kind erliegt, 47 Tage alt, nachdem es längere Zeit an Durchfall gelitten hatte, einer chronischen Pneumonie.

Die Obduction wurde nicht gemacht.

Als charakteristisch für die Sclerodermia adultorum hebt Dr. Cruce das inselförmige Auftreten hervor und er meint aus dem an einzelnen Stellen beobachteten crepitirenden Gefühle die Ansicht Kaposi's u. A. bestätigen zu können, dass die Ursache der Krankheit im Austritte und in Gerinnung von Lymphe zu suchen sei.

Auffallend war in dem Falle die relativ rasche Ausbreitung innerhalb weniger Wochen auf grosse Hautstrecken, welche in anderen Fällen

Digitized by Google

erst nach Monaten oder selbst Jahren zu Stande kömmt, und der Ausgang in Resorption an einzelnen Stellen statt des gewöhnlichen in Atrophie der indurirten Haut und der darunter liegenden Muskeln, wenigstens wurde Resorption, selbst bei acuten und subacuten Fällen von anderen Autoren nach so kurzer Krankheitsdauer nie beobachtet. Dr. Cruce meint, es dürfte in seinem Falle eine Erkältung die Krankheit hervorgebracht haben. Die Behandlung war eine durchaus indifferente.

Eisenschitz.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

477. Ueber die Wirkung der Kaliumsalze. Von Prof. Dr. Buchheim. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. III. 3 und 4. Der prakt. Arzt. XVII. Jahrg. Nr. 4. 1876.)

Den Kaliumsalzen kommt gegenüber den Natriumsalzen ein grösseres Diffusionsvermögen zu, dessen Grösse wieder verschieden ist je nach der Säure; am raschesten diffundiren die oxalsauren und salpetersauren Salze, nach ihnen absteigend die Chlor-, Brom- und Jodverbindungen, am langsamsten die schwefelsauren, phosphorsauren und doppeltkohlensauren. Auf diesem Diffusionsvermögen beruhen grösstentheils ihre Wirkungen, nach deren Intensität man sie in zwei Gruppen theilt. Die 1. Gruppe, die am leichtesten diffusiblen Kaliumsalze, überwinden durch die Energie des Flüssigkeitsaustausches im Magen bei concentrirter Lösung den arteriellen Druck der Capillaren, die Blutkörperchen häufen sich in den Capillaren an, so dass selbst ein Austritt derselben statt hat, Gastritis toxica mit Schmerzgefühl in der Magengegend, selbst Erbrechen; bei Thierexperimenten Röthung der Magenschleimhaut, Ecchymosen. Anfüllung des Magens, schwächere Lösung der Salze verhindern diese Vorgänge durch Abschwächung der Diffusion. Am stärksten treten diese Erscheinungen bei Einführung von oxal- und salpetersauren Salzen auf; bei schwächerem Diffusionsstrom werden die Salze ohne weitere Erscheinungen zum grössten Theile im Magen resorbirt, zum geringeren Theile im Dünndarm.

Die 2. Gruppe, die weniger leicht diffusiblen Salze treten rascher in den Dünndarm über, erregen dort vermehrte peristaltische Bewegung, wie die Glaubersalze, gelangen deshalb rasch in den unteren Theil des Darmes und werden nach nur theilweiser Resorption entleert. Den Uebergang zur 2. Gruppe bildet das Kalium sulfuricum, das in grossen Dosen die Magenschleimhaut afficirt, in kleineren stark abführend wirkt und nach Bunge (Zeitsch. f. Biol. IX) nur zur Hälfte im Harne ausgeschieden wird. Das einfach kohlensaure Kalium wirkt in grösseren Dosen ätzend auf Mund und Magen, wird in letzterem aber rasch in doppelt-

Digitized by Google

kohlensaures verwandelt und wirkt schwach abführend nur bei empfindlicher Darmschleimhaut; die pflanzensauren Verbindungen verwandeln sich meist in doppeltkohlensaure und sind deshalb ziemlich unzuverlässig (Seignettesalz, Weinstein etc.).

Da durch das Diffusionsvermögen, d. h. die Aufnahme in das Blut und zum Theile Ausscheidung aus demselben die Wirkung auf den ganzen Körper bedingt ist, so können therapeutisch nur grosse Dosen der oxal- und salpetersauren, Chlor-, Brom- und vielleicht auch Jodverbindungen bei ungefülltem Magen zur Verwendung kommen, die übrigen Salze bleiben unwirksam.

Nach den physiologischen Untersuchungen (C. Schmidt) enthält die Asche des Blutserums fast nur Natriumsalze, die der Blutkörperchen fast nur Kaliumsalze, die Eiweissstoffe des ganzen Körpers überwiegend Kaliumsalze, die circulirende Kaliummenge im Blute ist dem Plasma entsprechend gering, da alles Kalium, das im Blute nicht an Eiweiss gebunden ist, rasch im Harne ausgeschieden wird; Einführung einer grösseren Menge von Kaliumsalzen in das Blut, sei es durch Injection, sei es durch den Magen, muss also bedeutende Folgen haben. Diese sind: Verlangsamung des Herzschlages mit Stillstand in Diastole; bei Fröschen erlischt statt dessen die Muskelcontractilität; der ausgeschnittene Froschmuskel verliert sie in verdünnter Kalilösung rasch, in gleicher Kochsalzlösung erst nach längerer Zeit (sie sind daher nach Rankeu. A. Muskelgifte). Die Herzlähmung nach Veneninjection ist nicht, wie Podcopaew (Virchow's Arch. XXXIII) angibt, eine specifische Wirkung, sondern die directe Wirkung der Salze auf den ersten Muskel, mit dem sie im Blute in Berührung kommen. Auch gewisse Nervencentra werden bei der grossen Aehnlichkeit der chemischen Zusammensetzung mit den Muskeln gelähmt.

Am reichsten an Kaliumsalzen sind die Muskeln (86% Kaliumsalze in der Asche der Fleischbrühe), die contractile Substanz derselben wahrscheinlich eine Verbindung gewisser Eiweissstoffe mit Kaliumsalzen, daher die Zerstörung der Contractilität bei Zutritt grösserer Mengen der Salze. Gegenüber dem Nervensystem lässt sich das Verhalten der Kaliumsalze noch nicht erklären.

Der Tod tritt, zumal bei warmblütigen Thieren, vor dem Eintreten erkennbarer Veränderungen des Herzmuskels ein, wie hier überhaupt schon eine geringe Störung des Nerven- und Muskelapparates hinreicht, um das Leben zu gefährden oder unmöglich zu machen. Popp.

478. Zur Pharmakodynamik der Salicylsäure. Von H. Köhler. (Sep.-Abdruck aus der deutsch. Zeitschr. f. prakt. Medicin, 1876.)

Die bisherigen zahlreichen Erfahrungen über Salicylsäure haben bekanntlich gezeigt:

1. Dass bei fiebernden Kranken sowohl Salicylsäure, als salicyl-

Digitized by Google

saures Natron die Temperatur herabsetzt (Senator, Bass, Traube, Molli etc. etc.);

2. dass Salicylsäure in grossen Dosen Respirationshindernisse bewirkt, die sogar zum asphyktischen Tode führen können (Feser und Friedberger);

3. die Salicylsäure, im ungebundenen Zustand im Blute überhaupt nicht existirt, sondern als salicylsaures Natron kreist (Feser und Friedberger) und, beim Menschen wenigstens in Salicylsäure verwandelt, ebenfalls als Natronsalz mit dem Nierensecrete eliminirt wird;

4. dass Salicylsäure antiseptisch wirkt, ihr Natriumsalz dagegen weder den Gährungsvorgängen, noch der Fäulniss Eintrag thut. In letzterer Hinsicht musste es, so lange man noch an der Identität der antiseptischen und der antifebrilen Wirkung der Arzneimittel, in zymotischen Krankheiten wenigstens, festhielt, auffallend erscheinen, dass eine temperaturherabsetzende Wirkung bei Typhus, Gelenksrheumatismus und Fieber der Phthisiker sowohl der Salicylsäure, als auch dem Natriumsalicylat zukommt. Verf. stellte es sich nun zur Aufgabe, zu prüfen, ob auch an gesunden, unter physiologischen Verhältnissen sich befindenden Thieren (Kaninchen und Hunden) Salicylsäure und salicylsaures Natron dieselben entfernten Wirkungen i. e. Absinken der Körpertemperatur bewirken, und, wenn dies der Fall, ob beide Mittel, Säure wie Derivat, diesen Effect in gleicher Weise hervorrufen. In dieser Hinsicht kam nun zuerst die Einwirkung auf die Respiration, sowie auf die Circulation in Betracht.

a) Athmung. Bei Hunden wie Kaninchen bewirkt Salicylsäure und ebenso salicylsaures Natron bei Injection in das Blut sowie in den Magen Verlangsamung der Athmung und zwar durch Herabsetzung der Erregbarkeit der sensiblen Bahnen, respective der Vagusäste in der Lunge, welche schliesslich durch Kohlensäurevergiftung Asphyxie zur Folge hat.

b) Circulation. Salicylsäure. Bei schneller Injection grösserer Mengen, z. B. 7 C. C. (einer Lösung von 1 : 300) erfolgt Absinken des Blutdruckes bis fast auf 0, welches entweder unter Krämpfen vom Tode gefolgt ist, oder unter bedeutender Retardation des in enorm hohen Wellen sich registrirenden Pulses sehr allmälig vorübergeht. Die Ursache dieses Absinkens liegt im Herzen selbst, beziehungsweise in den ganglösen Apparaten desselben oder Lähmung der Herzmusculatur.

Salicylsaures Natron hat, wenn gleich die als solche direct in's Blut gelangende freie Salicylsäure intensiver und rapider wirkt, als die an Natron gebundene, genau dieselbe Wirkung. Der Herzvagus wird ausserdem bei beiden in seiner Erregbarkeit herabgesetzt, aber erst kurz vor dem Tode vollständig gelähmt. Dasselbe Verhalten in Betreff der Athmung und Circulation ergibt sich bei Injection von Salicylsäurelösungen und Lösungen von salicylsaurem Natron in den Magen. Salicylsäure und salicylsaures Natron äussern somit dieselben entfernten Wirkungen

Digitized by Google

in Betreff der oben erwähnten Körperfunctionen und hat diese Identität der Wirkungen ihren Grund darin, dass die Salicylsäure vor ihrer Resorption an das Alkali des Darmsaftes (bei directer Injection in das Blut an das freie Alkali des Blutserums) gebunden und in Natriumsalicylat verwandelt wird.

c) Wärmevertheilung. Bei gesunden Thieren (Kaninchen, Katzen, kleineren Hunden) ruft schon die erste Injection von 6—10 C. C. Salicylsäure- oder Natriumsalicylatlösung in die v. jugularis, oder von 10—20 C. C. Natriumsalicylatlösung in den Magen ein Absinken der Temperatur um 3° C. und mehr hervor, wie Aehnliches ja beim fiebernden Menschen bekannt ist. Insofern dem salicylsauren Natron gährungs- und fäulnisswidrige Wirkungen durchaus abgehen, die Salicylsäure aber als Natronsalz zur Resorption gelangt, ist somit die Ansicht, dass alle antiseptisch wirkenden Mittel sich auch als Antipyretica bewähren, dadurch widerlegt. Das Zustandekommen der Temperaturverminderung lässt sich durch die eben erwähnten Modificationen der Kreislaufs- und Athemfunctionen nur theilweise erklären; allerdings sind diese Beeinträchtigungen bei den angewendeten Versuchsthieren von solcher Intensität, dass eine mit dem Darniederliegen dieser Functionen Hand in Hand gehende verminderte Wärmeproduction a priori nur natürlich erscheinen kann, umsomehr, da das Absinken der Temperatur um $2^1/_2$, 3 Grade Celsius meist schon während der Injection von 2—5 C. C. sich herausstellte, von einer Erklärung des Absinkens durch eine sehr rapide Wärmeabgabe also nicht wohl die Rede sein kann (weshalb auch Verf. bisher noch keine Versuche mit dem Wärmekasten anstellte). Anderseits aber kommt in Betracht, dass während und kurz nach den ersten Injectionen die Veränderung des Blutdrucks selbst bei Kaninchen nur sehr vorübergehend und auch die Respirationsverlangsamung eine so mässige ist, dass sie allein das rapide Sinken der Temperatur nicht erklären kann; es müssen daher hier noch andere Ursachen coincidiren. Möglicherweise lässt sich dabei an eine Beeinflussung der Vasomotoren in der Weise denken, dass in den erweiterten peripheren Gefässen mehr Blut und schneller dahinfliesst, die centralen Gefässabschnitte vom Blute entlastet werden und somit die Innentemperatur sinkt. Durch letztere Hypothese würden sich auch die bei manchen Kranken nach Salicylsäurepräparaten nicht selten vorkommenden Kopfcongestionen, Ohrensausen, profuse Schweisse, vermehrte Diurese erklären. Da aber diese Erscheinungen nicht bei allen Kranken vorkommen, wird eine solche Beeinflussung der Vasomotoren das Absinken der Temperatur nach Salicylsäure allein beim Menschen ebensowenig begründen können, als das Darniederliegen der Athmung und Circulation (insofern nur in manchen Fällen bei Kranken eine Retardation der Pulsfrequenz bisher beobachtet wurde). Es werden entweder beide Factoren je nach der grösseren oder geringeren Erregbarkeit

Digitized by Google

der betreffenden nervösen Elemente mehr oder weniger hervorragend betheiligt sein oder noch andere bisher unbekannte Factoren mitwirken.

Nach dem bisher Gesagten lässt sich somit die Frage über die Wirkungen der Salicylsäurepräparate erledigen:

1. Nur die extern, beziehungsweise topisch applicirte Salicylsäure wirkt antiseptisch.

2. Die per os eingeführte dagegen verliert, weil sie an Alkali gebunden wird, ihre antiseptische Wirkung und beeinflusst nunmehr die Körperfunctionen genau so, wie direct innerlich genommenes Natriumsalicylat.

3. Beide: Salicylsäure intern applicirt und salicylsaures Natron setzen, ohne antiseptische Eigenschaften zu besitzen, die Körpertemperatur auch bei Fiebernden in von anderen Mitteln unübertroffener Weise herab.

Demgemäss ergeben sich für die Praxis folgende Schlussfolgerungen und Indicationen:

1. Die Salicylsäure wird ausschliesslich topisch als Antisepticum zu verwerthen sein. Ausser der bekannten Anwendung in der Chirurgie erwähnt Verf. auf Grund eigener Erfahrungen insbesondere Diphtheritis der Tonsillen, des Pharynx, der Nase, bei denen Gurgelungen oder eventuell (bei Diphteritis der Nase) Douchen mit reiner Salicylsäurelösung (1:300 Wasser) von vorzüglicher Wirkung sind, bei Rachendiphtheritis unterstützt von halbstündlich, stündlich oder zweistündlich wiederholten Pinselungen von gleichen Theilen Tinct. Jodi und Tinct Gallarum. Ausser der Rachenschleimhaut ist die conjunctiva bulbi, Harnblasen-, Mastdarm- und Vaginalschleimhaut für topische Application der Salicylsäure (welche in der Concentration 1:300 keine dieser Schleimhäute irritirt) geeignet; zur Prophylaxe infectiöser Blennorhöen, in Fällen von leichter Zersetzbarkeit des Harns in der Blase mit consecutiver Cystitis und selbst Steinbildung, bei Fluor albus verdächtiger Natur; bei Zersetzung der Darmcontenta, Dysenterie, Diarrhöe mit faulen Stühlen als Klystier (Mosler, Fürbringer). Bei Dyspepsien und davon abhängiger Migräne, um die Erreger perverser Gährung im Magen zu vernichten (Fürbringer), insbesondere Vinum ferrosalicylicum. Für den Gebrauch als Antipyreticum verdient jedoch den Vorzug

2. das Natrium salicylicum wegen der viel leichteren Löslichkeit und der Möglichkeit, grosse Dosen leicht appliciren zu können. Zu 5—10 Gramm auf 30 Gramm Wasser unter Zusatz von Extr. liquiritiae 2·5 gelöst, wird es nach den Erfahrungen von Risel leicht genommen und setzt zu 5 Gramm ein- oder höchstens zweimal in 24 Stunden genommen die Temperatur Fiebernder prompter, intensiver und nachhaltiger herab, als selbst mit kalten Bädern combinirte Chininmedication. Die temperaturherabsetzende Wirkung bleibt bei acutem Gelenksrheumatismus, Diphtheritis, Typhus, localen Entzündungen, bei hektischem Fieber nur sehr selten aus, während es bei Intermittens weniger sicher

Digitized by Google

wirkt. Von unangenehmen, den Gebrauch des Natriumsalicylats begleitenden Erscheinungen sind nur zu erwähnen Ohrensausen und Schwerhörigkeit; das von Fürbringer und Fischer in 14% ihrer Fälle beobachtete intensive gallige Erbrechen kann wohl von Verunreinigungen des Präparats mit Carbolsäure abgehangen haben, da weder in Halle, noch Leipzig Aehnliches beobachtet wurde, und Verf. bei der Obduction seiner Versuchsthiere nie eine Spur von Hyperämie im gesammten Darmcanal beobachtete. Prof. v. Schroff jun.

479. Ueber die locale Wirkung der Kälte. Von Virginie Schlikoff aus Moskau. (Deutsches Arch. für klin. Med. 18.)

Verfasserin untersuchte, um wie viel die Temperatur der Mundhöhle, der Hohlhand, der Vagina, des Darmes (Darmfistel), der Pleurahöhle durch Application von Eisblasen an den entsprechenden Hautpartien, die Haut des Bauches durch kalte Klysmen und kaltes Getränke herabzusetzen sei.

So z. B. legte sie ein Thermometer zwischen Wange und Zahnfleisch und dann, nachdem die Temperatur constant geworden, eine Eisblase auf die Wange. In der Mundhöhle fiel dann die Temperatur um 5·1°, eine halbe Stunde nach Entfernung der Blase war die ursprüngliche Temperatur wieder erreicht. Der Temperaturabfall verhielt sich nicht in allen Fällen umgekehrt zu der Dicke der Wange. — In der Hohlhand betrug der Temperaturabfall in 70 Minuten 5·8°. — In die Pleurahöhle bei 2 Individuen mit Thoracocentese eingeführt und an die Innenwand des Thorax angehalten, während aussen an die Brustwand entsprechend eine Eisblase applicirt wurde, fiel das Thermometer um 1·9 bis 3·7, während dem gleichzeitig die Temperatur in der Achselhöhle um 0·2° stieg. 30 — 50 Minuten nach Wegnahme des Eisbeutels war die Temperatur wieder die ursprüngliche. — Im Darm betrug die Abkühlung bei einer Kranken mit einer Darmfistel 2·3° — In das vordere Scheidengewölbe, ungefähr 7 Cm. von den Bauchdecken entfernt eingeführt, zeigte das Thermometer eine in Bezug auf Schnelligkeit des Temperaturabfalles und auf den Grad desselben von der Dicke der Bauchwandungen abhängige Abkühlung von 0·35 bis 0·8°. — Wurde auf das Epigastrium ein mit Watte bedecktes Thermometer befestigt, dann 400 Ccm. kalten Wassers getrunken, so sank bei Bauchlage (wodurch der Magen den Bauchwandungen näher kam) das Thermometer durch 20 Minuten um 2°. — Ein auf das linke Hypogastrium gebrachtes Thermometer zeigte nach einem kalten Klysma aus einem Irrigator während 30 Minuten einen Temperaturabfall von 3·1°.

Alle diese localen Wärmeentziehungs-Versuche zeigten also eine in der Intensität mit zunehmender Tiefe abnehmende Temperaturerniedrigung der zunächst getroffenen Gewebe. Bettelheim.

Digitized by Google

480. Zur Wirkung der Meerzwiebel. Von Prof. Husemann in Göttingen. — (Deutsche medic. Wochenschr. f. prakt. Aerzte, 1876.)

Die Wirkungsweise der Meerzwiebel, bekanntlich eines der ältesten Arzneimittel, deren Benutzung gegen Wassersucht bereits Pythagoras von den Aegyptern gelernt haben soll, ist bis jetzt noch nicht genau bekannt gewesen. Gegenwärtig stehen bei uns noch verschiedene Präparate in Anwendung, deren die Alten sich bereits bedienten. Pythagoras hat schon das Acetum Scillae, Hippocrates das Mellitum Scillae angewandt und den Meerzwiebel-Sauerhonig, das Oxymel scilliticum, finden wir schon seit dem ersten Jahrhundert nach Christus erwähnt. Das Extractum Scillae, das nach der letzten Pharmacop. borussica ein kalt bereitetes wässeriges Extract in Pulverform war, wird nach der Ph. german. aus einem spirituösen Auszuge der grob gepulverten Wurzel bereitet.

Eine Pflanzenbase hat man bis jetzt aus der Scilla nicht dargestellt. Das im Handel vorkommende Scillitin ist ein gereinigtes Extract und völlig unzuverlässig in seiner Wirkung. — Aus den Versuchen des Verf. an Thieren ergibt sich, dass es eine Unmöglichkeit ist, die toxischen und therapeutischen Wirkungen des Extr. Scillae zu trennen. Wenigstens die diuretischen Wirkungen stehen mit denjenigen in Zusammenhang, deren Steigerung der giftigen und deletären Wirkung auf den Organismus zu Grunde liegt.

Früher hielt man die Scilla für ein Drasticum und Diureticum acre. Erbrechen und Abführen sollten die Symptome der übermässigen Einwirkung auf den Darmcanal sein, gleich den Coloquinten und dem Elaterium, und die vermehrte Diurese die Folge der Reizung der Nieren und der durch dieselbe herbeigeführten vermehrten Blutzufuhr. Beides ist aber nicht der Fall, wie die nach Vorgang Schroff's und Rabuteaus von dem Verf. angestellten Experimente an Thieren beweisen. Es geht aus diesen Untersuchungen hervor, dass die Meerzwiebel einen Stoff enthält, welcher nach Art der hauptsächlichsten Digitalisstoffe auf Herz und Circulation einwirkt und in toxischen Gaben enorme Herzverlangsamung und systolischen Stillstand des Herzens bedingt, und dass dieser als Herzgift zu bezeichnende Körper auch das active Princip des neuen Extractes ist, welches zum ersten Mal in der Pharm. german. Aufnahme gefunden hat. Diese Wirkung kommt zu Stande, ohne dass Entzündungserscheinungen im Magen und Darmcanale eintreten oder nach dem Vergiftungstode nachzuweisen sind. Das Erbrechen ist eine Wirkung, welche sich bei allen Herzgiften, namentlich bei der Digitalis, findet.

Wie bei anderen Herzgiften ist das Bild der Vergiftung bei Fröschen auch beim Extractum Scillae ein solches, dass zuerst eine Verlangsamung der Pulsschläge erfolgt und nach einiger Zeit Stillstand des Herzventrikels, etwas später auch der Vorhöfe eintritt, und dass, sobald dieser Zustand der

Digitized by Google

Ruhe erreicht ist, wobei die Herzkammer blass und vollständig entleert erscheint, während die Vorhöfe von dunklem Blute ausgedehnt sind, die Reizbarkeit des Herzens vollständig erloschen ist, Rückenmark, Nerven und Muskeln aber noch in fast normaler Weise reagiren, so dass der Frosch selbst noch Sprünge auszuführen im Stande ist. — Bei Warmblütern zeigt sich ebenfalls die charakteristische Doppelwirkung der Herzgifte, nämlich auf das regulatorische Herznervensystem und auf den Herzmuskel selbst: Verlangsamung und systolischer Stillstand des Herzens vor dem Erlöschen der Respirationsbewegungen und in kurzer Zeit darnach eintretender Verlust der Fähigkeit, sich auf mechanischen oder elektrischen Reiz zu contrahiren.

Nach den Beobachtungen des Verf. war sowohl bei den Fröschen als den Warmblütern im Anfange der Einwirkung des Extractum Scillae die Energie des Herzens vermehrt. Dieselben Effecte kommen allen Herzgiften zu, dem Digitalin, Hellborein und Antiarin, und sind nach Traube's Beobachtungen am Krankenbette die Ursache der durch sie bewirkten Steigerung der Diurese. Ebenso verhält es sich mit der diuretischen Wirkung der Scilla. Bei ihrem Eintritt nimmt auch beim Menschen die Spannung der Arterien zu. Die Scilla passt also als Diureticum, ebenso wie die Digitalis bei gesunkenem Blutdruck, ist aber bei erheblicher Steigerung desselben contraindicirt. Dagegen hat der Verf. bei seinen Versuchen nie Spuren einer Entzündung in den Nieren gefunden, welche auf eine reizende Wirkung des Mittels auf diese Organe während des Lebens hinwiesen.

Was die der Scilla zugesprochene expectorirende Wirkung betrifft, so ergab sich bei den Thier-Versuchen des Verf. nicht der geringste Anhaltspunkt.

Die Gabe am Krankenbett war in früherer Zeit eine weit grössere als jetzt. Während es in einer 1766 in Berlin erschienenen Materia medica heisst: „In der Dosis kann man 5 — 8 Grane und nach Umständen bis zu $^1/_2$ Scrupel in Substancia geben", schwankt gegenwärtig die Gabe der Radix Scillae zwischen 4 und 25 Ctgrm.

481. Chemische Analyse der Darkauer jodhaltigen Salzsoole.

Von E. Ludwig. (Miner. Mittheilg. 1876, Heft II.)

Die jod- und bromhaltige Salzsoole in der Nähe von Darkau und Freistadt in Oesterreichisch-Schlesien wird schon seit dem Jahre 1865 zu Heilzwecken benützt. Herr Baron von Bees baute im Jahre 1870 in Darkau ein geräumiges Badehaus und machte es dadurch möglich, dass während der Sommermonate das Wasser der Darkauer Quelle von zahlreichen Kranken als Heilmittel angewendet werden kann; im Winter wird das Wasser nach Zusatz einer entsprechenden Menge von kohlensaurem Natrium abgedampft und dadurch ein jod- und bromhaltiges Salzgemenge gewonnen, welches unter dem Namen „Darkauer Jodsalz" in den Handel

Digitized by Google

kommt und ähnliche Verwendung findet, wie das Haller Jodsalz. Die Analyse des Wassers, von E. Ludwig ausgeführt, ergab in 10,000 Theilen:

Kohlensäureanhydrid	1·5230	Ammoniak	0·5770
Kieselsäureanhydrid	0·1225	Calcium	6·9289
Borsäureanhydrid	0·1435	Baryum	0·1533
Salpetrige Säuren	ger. Mengen	Strontium	Spuren
Jod	0·2256	Magnesium	2·5862
Brom	1·0970	Eisen	0·0416
Chlor	153·1420	Organ. Substanz	0·6264
Kalium	0·6718	Summe der festen Bestandtheile	254·0414
Lithium	0·0466		
Natrium	86·6819	Specif. Gew.	1·01865

Das aus der Quelle frei aufsteigende Gasgemenge ergab folgende procentische Zusammensetzung:

Kohlensäure	0·74
Grubengas	95·73
Stickstoff	3·53
	100·00

Nach diesen Ergebnissen der chemischen Untersuchung ist die Darkauer Salzsoole unter die bekanntesten jodhaltigen Mineralwässer einzureihen, ihr Jodgehalt ist kleiner als der des Haller Wassers, nahezu gleich dem der Adelheidsquelle zu Heilbrunn, bedeutend grösser als der Wässer von Luhatschowitz in Mähren, Lippik in Slavonien und Ivonicz in Galizien; im Gehalte an Brom wird das Darkauer Wasser von keinem der genannten erreicht. Das Auftreten von in der Quelle frei aufsteigenden Gasen ist von Pettenkofer für die Adelheidsquelle und von Torosiewicz, sowie von Alexandrowicz für die Quellen von Ivonicz angegeben; die Untersuchung ergab auch in diesen Fällen einen grossen Gehalt an Grubengas. Loebisch.

482. Ueber die physiologische Wirkung des Bromkalium. Von Dr. G. Krosz. (Arch. für experim. Pathologie und Pharmakologie Band VI, Heft 1 u. 2.)

Die Versuche wurden von dem Verfasser theils an sich selbst, theils an anderen Personen ausgeführt; unter diesen waren auch solche mit Lues Behaftete. Die Wirkungen gewannen um ein Bedeutendes an Intensität, wenn das Salz in den fast leeren Magen gebracht worden war. Das Salz soll daher nicht, wie es Clarke und Amory empfehlen, dem nüchternen Kranken gereicht werden. Excitantia (wie Bier, Kaffee) stärkere Bewegung, das Baden beseitigen die Wirkung auf Puls und Temperatur. Die Salivation ist eine durch Reizung der Mundschleimhaut bedingte Hypersecretion der Speicheldrüsen. In zwei Fällen traten Diarrhöen ein; das Salz ist daher bei bestehenden Darmaffectionen nicht zu reichen

Digitized by Google

(Clarke und Amory). Das Fehlen der reflectorischen Reizbarkeit der Zungenwurzel, der Gaumen- und Rachengebilde und der hinteren Pharynxwand trat constant auf. Die Empfehlung Gasselin's und Czermak's, das Salz zur Anästhesirung des Gaumens bei Staphyloraphie ist vollkommen begründet. Unter den Hirnsymptomen ist Abnahme des Gedächtnisses, Gedankenträgheit, Sprachverlangsamung und Ermüdung (keine Schlafsucht) bemerkenswerth. Die Temperatur fällt um 0·2°—1·2°. Die Pulsfrequenz vermindert sich um 15—37%. Eine Verminderung der Speichelsecretion und eine Aenderung der Farbe der Rachengebilde war nicht mit Bestimmtheit zu beobachten. Das von Hütte beobachtete Auftreten von Myopie, Diplopie und Amblyopie blieb aus. Ebenso konnte die von Nicol und Mossop gesehene Erweiterung der Retinagefässe nicht beobachtet werden. Die Vermehrung der Urinsecretion ist nicht so bedeutend, um das Salz als Diureticum zu empfehlen. Die Brom-Akne ist von längerer Dauer, grösserem Umfange (Neumann) als die Jodakne. Die meisten Pusteln hatten aber einen Entzündungshof. Das Salz wird wahrscheinlich unzersetzt resorbirt, dann aber zersetzt, denn das Kali wird rasch durch die Nieren ausgeschieden (Bill).

Wirkung tödtlicher Dosen: Ein Kaninchen starb nach 11 Minuten nach Injection von 1·25 Grm., andere erst nach 30—45 Minuten. Ein Thier lebte 6 Stunden lang. Zuerst erlischt die Reflexthätigkeit, dann die Respiration, bald darauf stirbt das Herz (Stillstand in der Diastole), dann erfolgt das Absterben der Nerven und der Contractionsfähigkeit der Muskeln. Geht aber das Bromkalium sehr rasch in das Blut über (Einspritzung in eine Vene), so wirkt es zunächst auf das Herz, das Centralnervensystem und die Reflexcentra des Rückenmarks. Die auftretende Dyspnoë ist die Folge der gestörten Herzthätigkeit und das Fallen der Temperatur die des verlangsamten Blutumlaufes (Eulenburg, Guttmann). Werden Muskeln oder Nerven in diluirten Lösungen dieses Salzes länger gebadet, so erlischt ihre Contractions- beziehungsweise Leitungsfähigkeit. Wird einem Frosche ein Nervus ischiad. präparirt, der übrige Theil der Extremität abgebunden und dann 0·3 Grm. der K. Br. Lösung in den Bauch gespritzt, so erlischt die Contractionsfähigkeit der Muskeln an der nicht ligirten Extremität. Ebenso erlischt die Leitungsfähigkeit des Nerv. isch. des ligirten Fusses, auch wenn das Salz nicht auf die peripheren Endapparate dieses Nerven wirken kann. Gewöhnlich wird bei Fröschen die Medulla spinal. zuerst gelähmt und von da schreitet die Lähmung auf die peripheren Nerven. Die Muskelerregbarkeit des unterbundenen Froschschenkels sinkt rascher als bei einem nicht vergifteten, aber sonst in gleicher Weise ligirten Froschschenkel, weil der erstere auch in Folge der Nervenlähmung jeder Innervation (Charcot's trophische Innervation) bar ist. Das Bromkalium vereinigt in sich die Wirkungen des Chlorkaliums und Bromnatriums. Der Kaliumcomponent beeinflusst vorwiegend das Herz, also auch die Respiration und Tempe-

Digitized by Google

ratur und inscenirt die Lähmung der Muskeln und Nerven (bei den letzteren vom Centrum aus). Der Bromcomponent macht sich in ausgezeichneter Weise bei der Herabsetzung der Reflexerregbarkeit geltend, sowohl im Bromkalium wie im Bromnatrium; er ruft auch die geistige Abspannung hervor.

Das Exanthem ist desgleichen ein Product des Bromcomponenten. Das Bromkali verengt, therapeutisch angewendet, nicht, wie Schröder von der Kalk meint, die Gehirngefässe und daher auch die die Epilepsie bedingenden Capillarectasien, sondern man muss annehmen, „dass eine moleculare Veränderung im verlängerten Marke und der Hirnsubstanz durch Bromkalium vor sich geht". Spina.

483. Bericht der Herren Charcot, Luys, Dumontpallier in der Société de Biologie über die Metalloskopie des Dr. Burq. (Sitzung am 14. April 1877. — Gaz. med. de Paris Nr. 17. 1877.)

Im Monate August 1876 ersuchte Dr. Burq die Société de Biologie, sie möge eine Commission ernennen mit der Aufgabe, die Resultate, welche man bei Application von Metallen auf die Hautoberfläche erhält, zu studiren. In diese Commission wurden die Herren Charcot, Luys, Dumontpallier gewählt. — Vor langer Zeit hat Dr. Burq constatirt, dass man bei Kranken, deren allgemeine und specielle Sensibilität durch verschiedene krankhafte Zustände verändert ist, durch die äussere Application von Metallen die Sensibilität wieder hervorrufen könne. Später schloss Dr. Burq, als er bemerkte, dass dasselbe Metall bei allen Kranken nicht denselben Effect bewirke, dass jeder Kranke eine specielle Idiosynkrasie, d. h. eine persönliche Disposition, durch dieses oder jenes Metall beeinflusst zu werden, besitze. Nur der Versuch könne über diese individuelle Disposition entscheiden; man braucht nur auf eine anästhetische Stelle hintereinander verschiedene Metalle, wie Gold, Zink, Eisen oder Kupfer zu appliciren, um nach einigen Minuten bestimmen zu können, welches der Metalle die Empfindlichkeit errege. Nachdem Dr. Burq bemerkte, dass die Modificationen der Sensibilität mit einem allgemeinen krankhaften Zustande in Beziehung stehen, stellte er die Hypothese auf, dass die Metalle, deren äussere Application eine constante locale Wirkung habe, innerlich angewendet eine allgemeine therapeutische Wirkung zur Folge haben könnten. Die Commission hatte sich mit dieser Frage, nämlich der Metallotherapie nicht beschäftigt, sondern nur die Phänomene, welche bei Kranken mit veränderter Sensibilität hervorgerufen werden, studirt und kam nach einer Reihe von sorgfältigen, mit allen Cautelen vorgenommenen Beobachtungen zu folgenden Resultaten: Bei hysterischen oder hystero-epileptischen Kranken, deren eine Körperhälfte von allgemeiner Anästhesie oder Anästhesie der speciellen Sinne befallen ist, kann die Application eines Metalles für eine kürzere oder längere Zeit nach jedem Versuche die Sensibilität erregen. Vor allem ist es nothwendig,

Digitized by Google

nachdem man sich von der Anästhesie genau überzeugt hat, das Metall zu bestimmen, welchem diese specielle Wirkung zukommt.

Dieses Metall variirt je nach den Kranken und jeder Kranke hat seine metallische Empfänglichkeit (aptitude), d. h. die Sensibilität kann unter dem Einflusse eines bestimmten Metalles wieder erlangt werden. Die Constatirung dieser ersten Thatsache ist leicht; es genügt, auf den verschiedenen anästhetischen Partien verschiedene Metallplatten zu fixiren. Nach Verlauf von 10, 15—20 Minuten lässt die Untersuchung auf dem Niveau der metallischen Platten erkennen, dass die Empfindlichkeit für Stiche, für die Temperatur, dass die Tastempfindung nur an einer Stelle zurückgekehrt ist. Bei dem einen Kranken erscheint die Sensibilität an derjenigen Stelle, wo Gold, bei dem andern dort, wo Kupfer applicirt wurde. Diese Versuche müssen öfters in Zwischenräumen von 2—3—4 Tagen wiederholt werden.

Nachdem die physiologische Idiosynkrasie festgestellt ist, kann man die Erscheinungen, welche durch die Application des Metalles hervorgerufen werden, studiren.

Der Kranke empfindet 10—20 Minuten nach der Application des Metalls ein Gefühl von Hitze an der betreffenden Stelle; dieselbe wird gewöhnlich roth, der Stich mit einer Nadel erregt Schmerz auf dem Niveau der Platte und in einer mehr oder weniger ausgebreiteten Zone oberhalb und unterhalb derselben. Auf einer gewissen Entfernung von der Platte constatirt man die Erscheinung von Dysästhesie, d. h. die Rückkehr der Empfindung ist unvollständig und von perverser Empfindlichkeit begleitet.

Wenn man das Metall auf den Vorderarm applicirt hat, erstreckt sich die Sensibilität bald auf die Hand, und die Temperatur daselbst steigt viel rascher und höher als auf der gesunden Seite. Zu gleicher Zeit hat die Muskelkraft, gemessen mit dem Dynamometer, in auffallendem Masse zugenommen. Bei Stichen auf die empfindlich gewordenen Stellen findet Blutaustritt statt, was vor der metallischen Application nicht der Fall war.

Diese Erscheinungen dauern 2—3 Stunden nach jedem Versuche; dann tritt wieder Unempfindlichkeit (insensibilité de retour) ein; die Kranken klagen dann über ein Gefühl von Mattigkeit mit Kopfschmerz und Neigung zum Schlaf.

Was von der allgemeinen Sensibilität beobachtet wurde, zeigte sich auch von den speciellen Sinnen. Man constatirt, dass die Schärfe des Gesichts und die Ausdehnung des Gesichtsfeldes ebenso wie die Schärfe des Gehörs durch Metalle, auf die Frontal-, Temporal- und Warzengegend applicirt, günstig verändert werden. Ebenso indem man das Metall auf die eine Seite der Nase oder auf eine Hälfte der Zunge legt, kehrt der Geruch und der Geschmack wieder.

Bei zwei Kranken, welche an Hemianästhesie aus cerebraler Ursache

Digitized by Google

seit mehreren Jahren litten, trat die allgemeine und specielle Sensibilität unter dem Einflusse der Application der Metalle wieder auf. Ja noch mehr; die Resultate, welche bei den Hysterischen vorübergehend waren, persistirten bei den organischen Hemianästhesien.

Es wurde fernerhin constatirt, dass die Application der Metalle auf die Haut schwache elektrische Ströme erzeugt, welche mit dem Galvanometer von Dubois-Reymond gemessen wurden. Zwei Goldplatten gaben Ströme von 2°—12°, während Kupferplatten Ströme von 40° bis 45° gaben. Weitere Versuche zeigten, dass wenn man den Metallplatten, welche bei einem bestimmten Individuum die allgemeine und specielle Sensibilität hervorgerufen, die den Metallplatten entsprechenden elektrischen Ströme substituirte, durch dieselben der gleiche Erfolg erzielt wurde. Weiter wurde gefunden, dass Ströme verschiedener Intensität im Stande sind, die Sensibilität hervorzurufen. Jedoch sind diese Ströme nur in einer bestimmten Anzahl von Graden wirksam, so dass es in der galvanometrischen Scala oberhalb und unterhalb der activen Punkte neutrale Punkte (point neutre) gibt. Die Commission hat eine Thatsache gefunden, welche sie mit dem Namen „Versetzung der Empfindlichkeit" (transfert de la sensibilité) belegte. Es zeigte sich nämlich bei den zahlreichen Versuchen, dass die Sensibilität der kranken Seite auf Kosten der Sensibilität der gesunden Seite sich herzustellen schien und zwar auf eine ganz symmetrische Weise, so dass wenn man z. B. an einer bestimmten Region, dem Vorderarme, dem Oberschenkel die Empfindlichkeit erregte, die gleichen Stellen der gesunden Seite dieselbe verloren hatten. Ebenso verlieren die Sinnesorgane unter dem Einflusse der Metalle und der continuirlichen Ströme auf der gesunden Seite, was auf der kranken gewonnen wurde. Zum Schlusse berichtete die Commission, dass bei einer Kranken, welche an einer Hemihyperästhesie in Folge einer organischen Erkrankung des Rückenmarkes litt, schwache Ströme die Hyperästhesie in beträchtlichem Grade verminderten. Heitler.

484. **Ueber die australischen Gummibäume** (Eucalyptus) wird in der Zeitschrift: „Aus allen Welttheilen" (VIII. Jahrg., Heft 6, März 1877, S. 19) Folgendes mitgetheilt:

Seit der Anpflanzung der Eukalypten in Italien und Spanien sind grosse bisher unbewohnte Strecken der Cultur wiedergegeben worden. Die Regierung in Italien vertheilt junge Eukalypten umsonst an die, welche sie pflanzen wollen, und an den „Drei Quellen" und anderen Plätzen in der Umgebung Roms, wo die Einwohner vorher nur wenige Monate im Jahre sich ohne Gefahr vor Sumpffiebern aufhalten konnten, können sie jetzt ohne Gefahr für ihre Gesundheit das ganze Jahr wohnen. In Frankreich hat man schon seit geraumer Zeit die Anpflanzung und Cultur des Baumes in grossartiger Weise betrieben, und nun ist derselbe schon an den Ufern der Loire zu finden. Arthur de Famonières hat

Digitized by Google

Samen von drei Sorten: E. Globulus, coriacea und colossea aussäen lassen. Die im Garten des Schlosses Gerardière angestellten Versuche sind höchst befriedigend ausgefallen. Der Samen von E. Globulus ging in 10 Tagen auf, von E. coriacea nach 15 Tagen; E. colossea erwies sich bei weitem als die ausdauerndste; von 65 Pflanzen schien keine vom Froste zu leiden. Mazel bezeichnet E. conifera als den der Kälte am besten widerstehenden Baum, indem derselbe bei 9·5° Kälte nicht im Mindesten gelitten habe. Auch von Corsika kommen die allergünstigsten Berichte. Dr. Carlotti von Ajaccio berichtet, dass man in mehreren Gegenden, in welchen früher ein nur zweistündiger Aufenthalt Fieberanfälle zur Folge hatte, jetzt ohne irgend welche Krankheitsgefahr dauernd wohnen kann. Die Zahl der schon angepflanzten E. Globulus beziffert sich auf 300.000 und wird nach seiner Angabe in zwei Jahren schon das Doppelte übersteigen. Die Anpflanzungen sind hauptsächlich in den Ufergegenden, aber es hat sich eine Gesellschaft gebildet, welche die Cultur des Baumes in allen Sumpfgegenden der Insel zu befördern bezweckt. In der Oase Tuggurt hat Aga im December 1874 Eukalyptussamen säen lassen; jetzt haben die Stämme der Bäume schon eine Höhe von 3·5 Meter erreicht, bei einem Durchmesser von 11 Centimetern. Die Trappistenväter des Klosters an den schon erwähnten „Drei Quellen" scheinen die heilenden Kräfte des Baumes bewiesen zu haben, wenn man ihren Angaben in Bezug auf die erzielten Curen Glauben beimessen darf. Sie haben aus dem Safte von Eucalyptus ein Elixir fabricirt, welches als ein vorzügliches Mittel gegen das Fieber gerühmt wird. (Tinct. Extr. und Ol. Eucalypt. Glob. sind, wie bereits bekannt, schon einige Jahre im medicinischen Gebrauche und in gleicher Weise empfohlen, und der königl. ital. etc. Hoflieferant C. Buton & Cie. in Bologna hat einen angeblich bereits mit 20 Medaillen prämiirten Gesundheitsliqueur „Eucalypto" fabricirt, welcher gegen „Ansteckungen, schädliche Dünste und unreine Luft" ein wirksames Schutzmittel abgeben soll. Ref.) Knauthe.

485. Weitere Beiträge zur Pathologie der Morphiumsucht und der acuten Morphium-Vergiftung. Von Sanitätsrath Dr. Levinstein. (Berl. klinische Wochenschrift, 1877, Nr. 6.)

Schon im vorigen Jahre machte L. auf die reducirende und linksdrehende Eigenschaft des Morphiumharns wieder aufmerksam, und machte die neue Beobachtung des Morphium-Diabetes nach acuter Vergiftung. Nun hat Verf. auch gefunden, dass bei Patienten, die Jahre lang grosse Gaben Morphium sich injicirten, eine Eiweissausscheidung auftritt, welche proportional der Zeitdauer des Morphiumgebrauchs und der Höhe der Dosen zu sein scheint und von leichten Trübungen bis zu flockigen Niederschlägen variirt. Bei der chemischen Prüfung dieser Harne war das Verhalten zur Salpetersäure in einzelnen Fällen ein bemerkenswerthes. Wurde nämlich der mit Salpetersäure reichlich angesäuerte Harn erhitzt,

Digitized by Google

so fiel in der Wärme kein Eiweiss aus, wohl aber in der Kälte, und dieses löste sich durch Erhitzen wieder auf. Für den Zusammenhang dieser Eiweissausscheidung mit der Morphiumintoxication sprach besonders der Umstand, dass die Pat. in der Entziehungsperiode gradatim das Eiweiss verloren; um jedoch jeden Zweifel zu heben, machte L. Controlversuche an Thieren. Bei diesen konnte das Auftreten des Eiweisses schon durch Gaben, die den Tod nach 1—6 Stunden zur Folge hatten, aus dem der Blase entnommenen Harn constatirt werden. Bei kleineren Dosen (2—3 Centigramm) 3mal pro die injicirt, wurde Eiweiss bei Hunden nach 2—3 Tagen beobachtet, erreichte, falls keine Injectionen mehr stattfanden, das Maximum am vierten Tage, und nahm dann nach und nach an Quantität ab. Verf. theilt mehrere Krankengeschichten mit, welche den obigen Befund bestätigen, er plaidirt für die plötzliche Morphium-Entziehung unter ärztlicher Ueberwachung, und hält Morphiuminjectionen von Seite des behandelnden Arztes angezeigt, wenn die geringste Gefahr (Collaps) in Sicht ist. Mit Rücksicht auf die Täuschungen, denen der Arzt bei Behandlung der Morphiumsucht ausgesetzt ist, galt es vor Allem eine Methode zu finden, durch welche in kurzer Zeit der Nachweis geführt werden konnte, ob und wie viel Morphium das betreffende Individuum hinter dem Rücken des Arztes zu sich genommen habe. Das Verfahren des Nachweises ist kurz (nach Dragendorf) folgendes: Der Harn wird eingeengt, der Rückstand zur Entfernung der Salze mit Alkohol aufgenommen, letzterer verjagt und die wässrige Lösung in der Wärme mit Amylalkohol behufs Eliminirung des Harnstoffs ausgeschüttelt. Aus dem ammoniakalisch gemachten, gleichfalls mit Amylalkohol behandelten Rückstand scheidet sich das Morphin aus und ist dann durch die bekannten Reactionen nachzuweisen. Schon Gaben von 15 Milligramm sind durch diese Methode im Harne mit Sicherheit nachzuweisen. Bei Morphiumsüchtigen scheint übrigens die Ausscheidung des Morphiums langsamer von statten zu gehen, doch darf man annehmen, dass ein Patient, der über acht Tage hinaus noch Morphium im Harn hat, trotz aller etwaigen Gegenversicherungen die Morphiuminjectionen weiter fortgebraucht. Loebisch.

486. Beitrag zur Behandlung der Lyssa humana. Von A. Offenberg aus Münster in Westphalen. Berlin, im März 1875. Inauguraldissertation.

Am 28. Juli 1874 wurde ein 24jähriges Bauernmädchen von einem an Lyssa erkrankten Hunde gebissen. Am 30. Juli fand Dr. W. in N. bei der Untersuchung des linken Fusses zwischen Achillessehne und äusserem Knöchel eine etwa groschengrosse excoriirte, rothblutig aussehende und eine röthliche Flüssigkeit absondernde Stelle. In Folge missverstandener Anordnungen brachte sich Patientin hier mit einer starken Lösung von Kali causticum eine etwa handgrosse tiefgreifende Aetzung bei. Unter

Digitized by Google

weiterer Behandlung mit Unguentum basilicum wurde die Wunde in Eiterung erhalten und am 8. October Pat. dieserhalb in das Franciscus-Hospital zu St. Mauritz bei Münster aufgenommen, wo bei einfachem Verbande und Ruhe die Wundfläche am 16. October bis zur halben Grösse vernarbt war. An diesem Tage Abends 8 Uhr bildete sich dann ziemlich plötzlich ein Symptomencomplex aus, der den Ausbruch der Lyssa humana bei Pat. unzweifelhaft machte: Schling- und Respirationskrämpfe, allgemeine Muskelzuckungen, grosse innere Unruhe und Angst wuchsen an Intensität von Minute zu Minute, es stellte sich enorme Lichtscheu und endlich die Wasserscheu in optima forma ein. Um $10^3/_4$ und um 11 Uhr wurden jetzt je 0·02 Curare in den Vorderarm und von da ab in den nächsten $4^1/_2$ Stunden noch 5 Dosen zu je 0·03 Curare abwechselnd in die unteren und oberen Extremitäten mit Pausen von je $^1/_2$ bis 1 Stunde injicirt. Kurz nach der zweiten Injection verschwand die allgemeine Muskelunruhe fast ganz, dann verlängerten sich die Pausen zwischen den einzelnen Krampfanfällen allmälig mehr und mehr, die innere Angst und Beklemmung machte einer heiteren Geschwätzigkeit Platz, doch traten zugleich auch heftige Kopfschmerzen ein. Nach der letzten Injection, 3 Uhr 20 Min., entwickelten sich dann ziemlich rasch, innerhalb einer Minute, intensive Lähmungserscheinungen, die jedoch die Athmung nicht beeinträchtigten. In den folgenden zwei Stunden hörten die Athembewegungen zweimal nach Krampfanfällen zeitweise auf, stellten sich jedoch nach wenigen kräftigen Compressionen des Abdomen sofort wieder her. Von 4 Uhr 23 Min. Morgens ab traten zunächst keine Krampfzustände mehr auf, jedoch breiteten sich die Lähmungserscheinungen immer mehr aus, so dass das Sprechen und Bewegen der Augenlider erschwert war. Bei völlig ruhiger Lage wurde die Athmung sehr oberflächlich, blieb aber ununterbrochen. Keine Neigung zum Schlaf. Gegen 7 Uhr trat unter Beihilfe von Wärmflaschen und warmer Bedeckung ein tüchtiger Schweiss ein. Von $7^1/_2$ Uhr ab wird der heftige Durst ohne irgend welche Beschwerden oder Folgen nach Belieben gestillt. Gegen 8 Uhr wird ein heisses Bad von 10 Min. Dauer gut ertragen.

Im Laufe des Nachmittags verschwanden die Lähmungserscheinungen fast völlig, allgemeine Gliederschwäche, Kopfschmerzen und Schmerzen an den Injectionsstellen blieben bestehen. Die Sprache war nicht mehr erschwert, die Stimmung heiter. Während der folgenden dreimal 24 Stunden traten dann gegen Abend vereinzelte Muskelzuckungen und kurz nach dem Trinken unwillkürliche krampfhafte Inspirationen, am Vormittag mehr oder weniger ausgesprochene Lähmungszustände auf, wobei jedoch die Athmung ununterbrochen, wenn auch weniger energisch fortging. Am Abend des 18. erhielt Pat. noch einmal 0·03 Curare subcutan, um einer etwaigen Verschlimmerung vorzubeugen. Am 20. genoss Pat. zum ersten Mal wieder mit Appetit Milch und Brod, nachdem sie seit dem 16. Abends nichts als Wasser und zeitweilig etwas Wein zu sich genommen. Von

Digitized by Google

nun an schlief sie während der Nächte ununterbrochen, hatte am 24. die letzten vereinzelten Muskelzuckungen, vom 27. an keine Kopfschmerzen mehr und klagte seitdem nur noch über Empfindlichkeit der Augen, Abnahme der Sehfähigkeit und allgemeine Schwäche, besonders Müdigkeit in den Beinen. Nachdem bis zum 3. December die Fusswunde allmälig vernarbt war, wurde Pat. als geheilt nach ihrer Heimat entlassen. Bei einer späteren Vorstellung am 19. December klagte sie noch immer über ein gewisses Schwächegefühl, Abnahme der Sehkraft und Lichtscheu.

Aus dieser gelungenen Rettung einer an Lyssa Erkrankten zieht Verf. den Schluss, dass Curare bei Lyssa in lähmender Dosis angewandt werden muss, um nicht nur palliativen Nutzen, sondern wirkliche Heilung zu erzielen. Der im Verlauf der Curarebehandlung hier eingetretene Heilungsprocess legt uns den Gedanken nahe, dass wir es bei Lyssagift mit einem organischen Stoff zu thun haben, der eine gewisse Zeit nach der Infection sich bildet, schnell seine furchtbare Wirkung auf das Nervensystem zur Geltung bringt, dann aber wieder sehr schnell verschwindet, sei es, dass er ausgeschieden, sei es, dass er in andere unschädliche Verbindungen umgewandelt oder zerlegt wird. Während der Entwicklung des Antitetanicums, des Curarin, welches für kurze Zeit den Effect des Lyssa-Giftes paralysirt, kann, wie wir gesehen haben, diese Ausscheidung oder Zerstörung vor sich gehen.

Es ist dies für den Praktiker von immenser Wichtigkeit. Bisher kannte man kein Mittel, um die an Hundswuth Erkrankten zu retten. Nachahmung in Anwendung des Curare kann daher gegebenen Falles nicht dringend genug empfohlen werden; zu verlieren ist bei einem solchen Versuch Nichts, zu gewinnen Alles. Dass es möglich, durch Anwendung narkotischer Mittel durch Strychnin oder Ammoniaksalze erzeugte Krämpfe bei warmblütigen Thieren aufzuhalten, ist durch eine Reihe von Versuchen (Binz u. A.) erwiesen. Für das Curare fehlt der Thierbeweis noch, es gibt aber keinen Grund, der ihn unwahrscheinlich machte. Jedenfalls ist er in obigem Falle am Menschen gelungen.

(Obige Mittheilung ist der „Prager medic. Wochenschr." entnommen. Das Krankheitsbild ist in diesem Referate nicht genau genug beschrieben, um dem Leser die vollkommene Sicherheit zu geben, dass man es in dem Falle wirklich mit Lyssa zu thun hatte. Die „Schling- und Respirationskrämpfe" ohne vorhergehendes Stadium melancholicum, ferner die „allgemeinen Muskelzuckungen", auch die „Lichtscheu" machen die Sache zweifelhaft. Bettelheim.)

487. **Coupirung epileptischer Anfälle durch subcutane Apomorphininjectionen.** Von Dr. E. Vallender. (Berliner klin. Wochenschr. 1877, Nr. 14.)

Verfasser bringt drei Fälle von Epilepsie zur Kenntniss, in denen es gelang, durch subcutane Injection von Apomorphin ($^1/_3$ Spritze einer

Digitized by Google

1% Lösung) die Heftigkeit der Anfälle mehr oder minder stark herabzumildern, und im weiteren Verlaufe auch hinsichtlich der Anzahl der Anfälle einen günstigen Effect zu erzielen. Den Anstoss zu den Versuchen gab eine Beobachtung Riegel's, welcher nach Injection dieses Mittels Coupirung der Anfälle gesehen hatte.

Bei der ersten Kranken ging dem Anfalle, der sich oft mehr als 15mal innerhalb 24 Stunden wiederholte, eine von der Magengegend ausgehende Aura voraus; wenige Minuten darnach erfolgte der Anfall. — Es wurde so oft als möglich während der Aura injicirt; die Anfälle wurden zunächst viel schwächer, so oft die Injection gemacht wurde, später nahm auch ihre Zahl derart ab, dass seit 8 Wochen sich keine Spur mehr davon gezeigt hat.

Im zweiten Falle ging die Aura (Schwindelgefühl) nur ganz kurze Zeit dem Anfalle voraus; es war daher schwierig, rechtzeitig zu injiciren, dennoch gelang es, die Anzahl und die Stärke der Insulte sehr beträchtlich zu vermindern.

Endlich war eine Frau kurze Zeit in Behandlung, bei welcher die von den Zehen aufsteigende Aura sich $^1/_4$ Stunde vor dem Eintritte des Anfalles bemerkbar machte. In diesem Falle blieb bei rechtzeitiger Anwendung der Injection der Anfall jedesmal vollständig aus.

Es scheint demnach, dass der Erfolg umso beträchtlicher ist, je länger die Aura andauert, respective je längere Zeit vor dem Anfalle das Apomorphin injicirt wurde. Obersteiner.

488. Kali chloricum in gesättigter Lösung, das spec. Heilmittel bei Diphtheritis. Von Dr. Seeligmüller. (Jahrb. f. Kinderheilk. XI. Bd. 2. u. 3. Hft.)

Dr. Seeligmüller glaubt, nach Erfahrungen, die er an vereinzelt vorkommenden Fällen gemacht hat, dass er sich nunmehr auch vor den schlimmsten Fällen von Diphtheritis nicht zu fürchten hat. Das Heilmittel, das ihm zur Verfügung steht, ist eine 5percentige Lösung von Kali chloricum, von dem er stündlich einen $^1/_2$—1 Esslöffel voll nehmen lässt und zwar bei Tag und Nacht, und wohl gemerkt, ohne Zusatz von Syrup.

Gurgeln und Auswischen der Rachenhöhle mag man nebenbei pro forma thun, aber es ist unnöthig.

Vor Allem schwindet der Foetor und zwar nach wenigen Stunden, es bessern sich rasch die localen Veränderungen und das Allgemeinbefinden.

Soweit Seeligmüller selbst. Dann folgt eine Analyse der Arbeit von Isambert: Etudes chimiques et cliniques sur l'emploi thérapeutique de Chlorale de potasse, specialement dans les affections diphthéritiques. Paris 1856.

Digitized by Google

Aus Eigenem theoretisirt S. noch, dass vom Eiter, Blute etc. dem Kali chloric. Sauerstoff entzogen wird und der frei gewordene Sauerstoff die Bacterien zerstört.

Nachträglich bedauert S., erfahren zu haben, dass gesättigte Lösungen des Salzes auf das Herz und die Verdauung Einfluss ausüben können, und er empfiehlt deshalb, die so behandelten Kinder scharf im Auge zu behalten, bei Störungen der Herzthätigkeit sofort Chinin und schwarzen Kaffee und Wein zu geben; beim Auftreten von Verdauungsstörungen die Gabe des K. chl. zu vermindern oder ganz auszusetzen und sich dann auf die äusserliche Anwendung zu beschränken.

Gesättigte Lösungen von Kali chlor. sind auch ein ausgezeichnetes Mittel zum Coupiren von Nasenrachencatarrhen. Man wendet es dann als Gurgelwasser oder als Nasendouche an. Eisenschitz.

489. Ueber hypodermatische Injectionen von löslichem Quecksilberalbuminat. Von Dr. J. Grünfeld. (Wien. med. Presse Nr. 35, 36, 38. 1876.)

G. verwendete bei seinen Syphilis-Kranken zu subcutanen Injectionen Einzeldosen von 1 Gramm einer Lösung, welche 1 Centigr. Quecksilberalbuminat enthielt. Die Einspritzungen erfolgten meist täglich, selten jeden anderen Tag an den Seitentheilen des Thorax und am Rücken, 10—20 in Summa. Als nachtheilige Einwirkung des Verfahrens bemerkte er: mehr oder weniger lange dauerndes, mehr oder weniger starkes, über verschieden grosse Hautpartien ausgebreitetes Brennen in der Nähe und Umgebung der Einstichsstelle, Unwohlsein, das sich in einem Falle bis zur Ohnmacht steigerte. — Infiltration und Induration der Haut von verschiedener Ausdehnung in Breite und Tiefe, welche in 24 Stunden ihren Höhepunkt erreichten und dann verschieden lange Zeit bestanden. Alle Kranke bezeichneten den „Injectionsrayon" als schmerzhaft. Der Schmerz war mitunter so heftig, dass die Kranken in ihren Beschäftigungen gestört wurden, verminderte sich mit jeder späteren Injection, war von verschieden langer Dauer (6 Tage bis 4 Wochen) und hing von dem Bestehen der Induration ab. Salivation bemerkte G. in den von ihm in der angegebenen Weise behandelten Fällen nicht. Er gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Umständlichkeit in der Bereitung, so wie die (schwankende) Haltbarkeit des Quecksilberalb. sind keine nennenswerthen Mängel im Vergleiche zu der einfachen Sublimatlösung.

2. Durch die subcutane Injection dieses Mittels werden geringere Schmerzen und kleinere Indurationen, wie Entzündung des Integuments und Abscesse hervorgerufen, während bei der Verwendung des Sublimats das Gegentheil stattfindet.

3. Die localen Erscheinungen nach den subcutanen Injectionen von Quecksilberalbuminat sind noch nicht

Digitized by Google

so weit herabgemindert, dass der subcutanen Injectionscur ein Vorzug vor anderen bewährten Methoden eingeräumt werden könnte.

4. Entschieden verdient diese Injectionsmasse den Vorzug vor der einfachen, zu Einspritzung verwendeten Sublimatlösung. Emanuel Kohn.

490. Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Calomel-Injectionen. Von Dr. Th. Kölliker. (Centralbl. f. Chir. Nr. 7. 1877.)

K. injicirte bei verschiedenen Syphilisformen in Glycerin suspendirtes Calomel (10%) jeden 4. bis 5. Tag in der Menge von 3—5 Centigramm.

Bei den 46 beobachteten Fällen konnten folgende Wahrnehmungen gemacht werden:

Der Erfolg ist so gut, wie bei jeder anderen Quecksilber-Behandlung. Die Hydroargyrose tritt seltener dabei ein. Local sind häufiger Abscesse wahrzunehmen, als bei der subcut. Injection anderer Quecksilberpräparate. Recidiven wurden dabei beobachtet, doch lässt sich über die Häufigkeit derselben noch kein bestimmtes Urtheil abgeben.

Unter den Vorzügen dieser Behandlungsweise hebt K. hervor, dass das Allgemeinbefinden dadurch nicht alterirt wird, und dass die Zahl der Injectionen eine geringere zu sein braucht, als bei den Sublimat-Quecksilberalbuminat- und Bicyanuret-Einspritzungen.

Der Verfasser will die subcut. Calomel-Injectionen angewandt wissen:

1. Bei ambulanten Kranken.

2. Dort wo die Inunctionscur Eczem oder Stomatitis hervorruft, oder wegen zahlreicher Hautgeschwüre nicht ausführbar ist.

3. „Bei anämischen Individuen, um Verdauungsstörungen zu vermeiden." Wölfler.

491. Essai du traitement médical de l'hypertrophie des amygdales. Par le Dr. Pierreson. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Tom. II. Nr. 1.) Nach dem Referat der Monatsschr. für Ohrenheilk. Nr. 5. 1876.

Verf. betrachtet die häufig bei Hypertrophie der Tonsillen beobachtete Schwerhörigkeit als nicht durch diese, sondern durch die sie begleitende Schwellung der Tuben- und Rachenschleimhaut bedingt. Dagegen sind näselnde Sprache, Behinderung der Nasenathmung, Schlingbeschwerden, Suffocationsanfälle, zuweilen sogar Difformitäten des Gesichts und des Thorax oft einzig und allein durch Tonsillarhypertrophie bedingt. Verf. spricht sich denn auf Grund seiner Erfahrungen gegen die Tonsillotomie aus, die er nebenbei für kein sicheres Mittel hält, da eben so hochgradige Fälle selten seien und die Mandeln zur Zeit der Pubertät zu atrophiren pflegen. Er empfiehlt vor Allem bei scrophulöser Dyskrasie zweckmässige

Digitized by Google

Allgemeinbehandlung und locale Touchirungen der Tonsillen mit einer Mischung von Alaun und Honig, oder von Tannin und Jodtinctur in Syrupconsistenz. Michael.

492. **Traitement de la Variole par les bains Froids.** Par le Dr. E. Clément. Lyon Henry Georg 1877. —

Die Epidemie des Jahres 1874 in Lyon gab dem Autor die Gelegenheit zu den hier niedergelegten Beobachtungen und Erfahrungen.

Aus einer kurzen geschichtlichen Exposition, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit macht, hebe ich nur hervor, dass der Verf. für sein „kühnes" Beginnen Entschuldigung sucht in Vorbildern und Vorgängern von bedeutendem Namen wie Theden, Cullen, Sydenham.

Von Theden wird nach einer secundären Quelle citirt, dass er sich wegen Furcht vor übler Nachrede und Böswilligkeit nur in den desperatesten und aufgegebenen Fällen getraute, bei Blattern und bösartigen Fiebern das Wasser äusserlich anzuwenden, und selbst in solchen Fällen manchmal noch Nutzen, manchmal geradezu Wunder gesehen habe.

Sydenham kämpfte gegen die Anschauung seiner Zeit für kühle Getränke und kühles Verhalten, und belegt den Nutzen eines solchen Verfahrens gegen das übliche schweisstreibende mit packenden Beispielen.

Es werden noch andere Autoren nach Moricheau Beaupré's: „Effets et propriétés du froid, 1817" für die Wasserbehandlung von Blattern citirt, die wir jedoch übergehen. Nur der einen Literatur-Angabe sei mir gestattet, noch einige Worte bei dieser Gelegenheit zu widmen.

Es betrifft dieselbe Hebra's Urtheil über die Anwendung des Wassers bei Blattern. Hebra constatirt zunächst, dass der Vorgang der hydropathischen Empiriker keine Metastasen, kein Zurücktreten des Ausschlages bewirkte, und dass er auf Grund dieser Thatsache versuchte, verschiedene mit Variola behaftete Kranke mit kalten Douchen zu behandeln. Wir sehen also, dass selbst Hebra eine Entschuldigung für das „Wagniss" einer Wasserbehandlung der Blattern anführen zu müssen glaubt. Obwohl er nun keinen directen Nachtheil von dieser Methode sah, so hält er dieselbe doch für inhuman und nicht empfehlenswerth. Ich constatire bei dieser Gelegenheit die interessante Thatsache, dass viele Aerzte, wie wir sehen, selbst solche von dem Rufe eines Hebra, wenn sie die Hydrotherapie bei Kranken zu erproben unternehmen, häufig gerade die am wenigsten entsprechende Methode zu ihrer Prüfung wählen. Kein Hydropath würde gerade bei der Variola eine Procedur anwenden, die nebst dem thermischen Effecte nothwendig gleichzeitig einen mächtigen mechanischen Reiz ausübt. Bei der Variola, wo die Haut so sehr durch die Efflorescenzen und den ganzen Process gereizt ist, müsste das wohl vor Allem vermieden werden. Wenn Hebra trotzdem gerade die Douche zu seinen hydriatischen Versuchen bei Variola wählte, so muss wohl das Resultat dieses Versuches kein massgebendes Urtheil

Digitized by Google

über den Werth der Hydrotherapie bei dieser Krankheit sein. Jeder rationelle Arzt lobt das Kühlhalten und die Kälte bei Variola, und keiner gibt eine entsprechende und plausible Methode für die Anwendung in Praxi an. Hören wir nun, was Clément uns bietet.

Will man den Werth einer therapeutischen Methode bestimmen, so ist es ebenso nöthig, als schwierig, einen Massstab zu finden für die Schwere der Fälle, um die Erfolge bei den verschiedenen Behandlungsweisen vergleichen zu können. Ein solcher Massstab ist, wie C. auseinandersetzt, kaum zu finden, ausser bei sehr grossen Zahlen. Er versucht nun, da ihm diese nicht zu Gebote stehen, Anhaltspunkte für einen Vergleich der von ihm selbst ohne und mit Bädern behandelten Variolösen zu finden in der Beschaffenheit des Ausschlages; wirkliche Confluenz, hämorrhagische und irreguläre Ausschlagsformen und übermässige Temperatursteigerung gaben den Gradmesser für die Schwere und Vergleichbarkeit der Erkrankungen ab. Das Material, das den Angaben Clément's zum Vergleiche dient, umfasst 66 Fälle. Davon bezeichnet er 38 als Variolois, 26 als Variola vera, und 2 Fälle als Purpura variolosa. Unter den ohne Bäder Behandelten waren 10 Fälle von confluirender Variola, von denen 8 = 80% starben. Diese wurden mit Tonicis und Excitantien behandelt.

Kurze Krankengeschichten dieser Fälle und Temperaturcurven des Suppurationsfiebers lassen uns die Schwere dieser Fälle ermessen. Die zwei Fälle, die bei dieser Methode mit Genesung endeten, waren verhältnissmässig leichtere, die während des Suppurationsfiebers selten Temperaturen über 39·0—39·8° darboten.

Diese erschreckende Mortalitätsziffer bestimmte Clément, nach einer anderen Methode zu greifen, und da er in der Literatur nur wenig präcise Anhaltspunkte fand, diese selbstständig auszubilden: die Anwendung von Bädern.

Im Gegensatz zu Curschmann, der das Initialfieber zu bekämpfen anräth, hält Clément das Suppurationsfieber für das Gefahr bringende und therapeutisch zu bekämpfende. Dem Evolutionsfieber folgt meist spontan eine Remission oder Intermission, und es ist daher nur ausnahmsweise nöthig, gegen dieses einzuschreiten. Anders das Suppurationsfieber. Daher entschloss sich Cl. hauptsächlich gegen dieses besonders bei irregularen und confluirenden Fällen einzuschreiten.

Es werden uns nun 7 Krankengeschichten von schweren confluirenden Variolafällen mit hyperpyretischen Temperaturen im Suppurationsfieber und zum Theil hämorrhagische Formen vorgeführt. Von diesen wurden 5 geheilt und starben zwei.

Die Krankengeschichten selbst machen den Eindruck grosser Genauigkeit und lassen den desperaten Charakter der Erkrankung mit Sicherheit erkennen.

Digitized by Google

Ohne näher auf dieselben einzugehen, wende ich mich den Reflexionen und Schlussfolgerungen des Verfassers und der von demselben empfohlenen Methode zu.

Er stellt zunächst folgende Statistik der Resultate seiner eigenen Beobachtungen zusammen. Vor Anwendung der Bäder hatte er unter 35 Blatternfällen 25 Variolois und 10 Fälle von Variola vera, von diesen starben 8. Die Mortalität beträgt demnach von allen Fällen 22·85% und davon für die Variola vera allein 80%. In der Zeit der Bäderanwendung kamen 13 Variolois und 16 Variola vera zur Behandlung, von diesen starben zwei.

Die allgemeine Mortalität bezifferte sich demnach seit Anwendung dieser Methode mit 6·8%, während die Mortalität für Variola confluens gegen die frühere von 80% auf 12·5% gesunken war.

Von dieser Statistik glaubt er zwei Fälle von Purpura variolosa ausschliessen zu dürfen, von denen der eine zu den gebadeten, der andere zu den nicht gebadeten zählt. Cl. glaubt nämlich, dass diese Formen, mit Hämaturie, Hämoptysis, Ecchymosen der Conjunctiva und Blutaustretungen im ganzen Körper einhergehend, stets tödtlich enden.

Cl. will nun durch seine Resultate zunächst das noch immer nicht beseitigte Vorurtheil der Schädlichkeit der Bäderbehandlung bei Variola besiegen, und für die oft wunderbare Wirksamkeit seines Verfahrens bei den schwersten Fällen eintreten. Er analysirt den Effect der Bäder in folgender Weise:

1. Herabsetzung der Temperatur. Diese erfolgt oft in dem Suppurationsfieber sehr rapid, und Cl. warnt deshalb vor zu niedrigen Wassertemperaturen wegen Gefahr von Collaps. Die Ursache für die grossen Badeeffecte sucht Cl. mit Recht in dem Verhalten der Hautcirculation bei Variola-Congestion um die Efflorescenzen, daher grosse Abkühlungsoberfläche.

Cl. sieht einen grossen positiven Badeeffect der ersten Bäder als ein prognostisch günstiges Zeichen an. Während der 3 ersten, dem Bade folgenden Stunden hält die Temperaturerniedrigung an; Temperaturzunahme findet von der 3. zur 5. Stunde statt. Die Dauer der Bade-Apyrexie ist daher eine ziemlich lange. Die Wirkung auf die Hirnerscheinungen ist eine oft unmittelbare. Die Pulsfrequenz sinkt sehr beträchtlich (in einem Falle von 120 auf 84), ebenso die Zahl der Respirationen. Der Ausschlag zeigt nach den Bädern stets eine günstige Veränderung. Die Pusteln haben ein pralleres Ausseben, ihr Inhalt wird mehr opalisirend. Bäder von 22 bis 28°, wie sie Cl. gibt, bewirken keinerlei Verletzung der Haut. Blos das Abtrocknen ist einigermassen schwierig, und da es vollkommen unnöthig ist, unterlässt man es mit Vortheil lieber ganz. Die Kranken werden einfach in ein Leintuch gewickelt und zu Bette gelegt. Der Autor hat keinerlei Unzukömmlichkeiten von dieser Methode, die die Beschwerden der Kranken sehr

Digitized by Google

erleichtert, zu beklagen gehabt. Der Autor gibt nun folgende Regeln für den Bädergebrauch bei Variola an:

1. Wann soll gebadet werden?

Cl. badet nicht in der Eruptionsperiode aus den oben angeführten Gründen. (Meine Anschauungen über die Nützlichkeit der Bekämpfung eines jeden Fiebers lassen mich hier dem Verf. nicht beistimmen. Ref.)

Mit der Temperaturzunahme im Beginne des Suppurationsfiebers ist nach Cl. der Moment für Anwendung der Bäder gekommen. Längeres Zuwarten ist unnöthig und gefährlich.

2. Die ersten Bäder sollen mit einer Temperatur von 25 bis 28° gegeben werden.

Der Effect der Bäder muss mit dem Thermometer festgestellt werden, um bei ungenügender Wirkung kältere Bäder anwenden zu können. Der Kranke soll bis über die Schultern in's Bad getaucht sein, man muss daher Vollbäder anwenden. Der Kopf wird mit kalten Compressen bedeckt gehalten. Das Bad soll bis zum Eintritt von Schauer fortgesetzt werden. 15—20 und mehr Minuten sind dazu erforderlich.

3. Erwärmung der Peripherie, und

4. Wein nach dem Bade und kühle Getränke sind zu beachtende Vorsichtsmassregeln.

5. Die Zahl der Bäder ist mit zwei, drei und mehr, je nach Bedarf für 24 Stunden zu fixiren.

6. Continuirliche Ventilation der Krankensäle.

Die nüchtern und mit kritischem Geiste geschriebene, jedem Enthusiasmus fremde Abhandlung scheint nach Form und Inhalt höchst vertrauenswürdig. Winternitz.

493. Die pneumatische Methode und der transportable pneumatische Apparat. Von Philipp Biedert. (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 104. Leipzig, 1876.)

Der betreffende Vortrag bespricht mit Umgehung der Behandlung im pneumatischen Cabinete, sowie der Anwendung der verdünnten Luft an Höhencurorten lediglich die transportablen pneumatischen Apparate und ihre Verwerthung in der Therapie.

Bisher dachte man nur an eine mechanische Wirkung des genannten Verfahrens; B. jedoch macht aufmerksam, dass die Einwirkung des Apparates auf die Lunge auch eine reizende sei, hervorgebracht durch die Reibung der kräftig ein- und ausströmenden Luft, wie durch die wiederholten Aenderungen in Druck und Füllung der Lungengefässe. Hierauf beruht die Besserung und Heilung chronischer Bronchitiden, wie sie bei überwiegender und alleiniger Ausathmung in verdünnte Luft oder wechselnder Anwendung verdichteter und verdünnter Luft von Biedert, Störk und Schnitzler beobachtet wurde; sie warnt aber auch vor vorzeitiger zu starker oder überhaupt unzweckmässiger Anwendung bei noch reizbarem

Digitized by Google

Athmungsorgane. Auf dem Reiz und der mechanischen Lösung des Schleimes beruht die expectorisirende Eigenschaft des Apparates. Als Allgemeinwirkung der ganzen Methode erwähnt der Verf. die Besserung der Ernährung, der Blutbildung, des Aussehens und des Appetites.

Als Indicationen für die Anwendung des pneumatischen Apparates werden genannt: Die Phthise und ihre Anlage, chronische Bronchitis, Emphysem, Asthma, pleuritische Lungencompression, seltener Stenose der grösseren Luftwege, endlich Herzkrankheiten. Ausgeschlossen sind der Reizwirkung halber alle acut entzündlichen Processe.

Bei der Phthise erreicht man die Ausdehnung des zu schmalen Thorax durch comprimirte Luft, Stärkung der Athemmusculatur durch die Anstrengung beim Einathmen verdünnter Luft. Für die therapeutische Nachwirkung scheinen dem Vrf. die durch die gewöhnlich combinirt angewandte comprimirte und verdünnte Luft angeregten tieferen Athmungen die Hauptsache, indem sie eine lebhaftere Blutcirculation für die Dauer unterhalten und so atelektatische und hyperämische Lungenpartien der Athmung wieder gewinnen. Jedenfalls ist hier auch die Reizwirkung im Spiel und so passen stark fiebernde Phthisiker für das Verfahren am wenigsten. Mässiges Blutspeien bildet keine Contraindication, wenigstens für den Gebrauch comprimirter Luft.

Auf die Bronchitis wirkt die Methode expectorirend, reizend und circulationverbessernd.

Die gewöhnliche Anwendung des Apparates bei Bronchialkatarrh besteht in Einathmung comprimirter Luft. Will man stärker reizen und expectoriren, so lässt man Ausathmung in verdünnte Luft folgen, auf welche jedoch noch eine kürzere Einathmung schwach comprimirter Luft stattfinden muss, wegen der von Waldenburg constatirten Blutüberfüllung der Lunge. Die Luft des Apparates dringt tiefer ein als alle anderen local angewandten Mittel, weshalb man es auch versucht hat, die Luft zum Träger flüchtiger Arzneimittel zu machen. B. hat zu diesem Zwecke seinem Apparate einen compendiösen „Medicamentenköcher" beigegeben. In keinem Falle aber darf man vergessen, dass so ein neuer Reiz für die Athmungsorgane geschaffen wird, der mitunter auch verderblich werden kann. Beim Emphysem hängt das Gelingen der Behandlung von der Reizbarkeit der Bronchien und von der sehr allmäligen Verstärkung des Verfahrens ab. Man muss hier mit wenigen Einathmungen comprimirter Luft beginnen; zwischen diese Einathmungen kann man bald gleich, bald am 2. oder 3. Tage Ausathmungen in verdünnte Luft einschieben, so viele, bis stärkerer Hustenreiz eintritt. Endlich wird die vorausgehende Einathmung comprimirter Luft weggelassen und nur in verdünnte Luft ausgeathmet, welches Verfahren das eigentliche Heilmittel bei Emphysem bildet.

Eine erfolgreiche Behandlung des Asthma bronchiale fällt mit derjenigen der ursächlichen Emphyseme zusammen; wo letztere nicht Ursache,

Digitized by Google

sondern Folge sind, ist die Besserung doch für den ganzen Zustand nützlich. In jedem Falle ist aber die curative Behandlung der bronchialasthmatischen Anfälle ausserhalb des Anfalles zu unternehmen.

Bei pleuritischer Lungencompression mit Einziehung des Thorax nach vollendeter Resorption bewirkte die Einathmung comprimirter Luft eine bedeutende Ausdehnung.

Von Herzkranken hat B. nur zwei Fälle von Insufficienz und Stenose der Aorta behandelt, wobei er durch Einathmen comprimirter Luft vorübergehend Katarrh und Athemnoth erleichterte. An dieser Stelle theilt der Verf. einen Fall von Insuff. und Stenose der Bicuspidalis mit, welcher von Dr. Cron beobachtet wurde, und bei welchem sich alle Erscheinungen besserten und auch das Geräusch unzweifelhaft geringer wurde als ehedem.

(Ich finde dergleichen sonderbare Ausserungen schon zu verschiedenen Malen in der Literatur und fühle mich deshalb veranlasst zu bemerken, dass ich bei Herzfehlern, wo Besserung eintrat, stets ein Lauterwerden der Geräusche constatiren konnte. Es müsste sich nur unter Anwendung des pneumatischen Apparates am Herzfehler selbst etwas geändert haben, was eine Abnahme des Geräusches zur Folge hatte; wenn aber der Erfolg der Behandlung in einer Begünstigung des Blutstromes bestand, so musste das Geräusch sowohl während der Systole als während der Diastole lauter werden. Der Ref.)

B. geht nun zur Aufzählung der Contraindicationen über und zwar wird hier das Einathmen comprimirter Luft bei Atherose der Gefässe, apoplektischem Habitus und Blutungen im Gebiete des grossen Kreislaufes widerrathen, während verdünnte Luft bei Lungenblutungen contraindicirt ist. Floride Entzündungen der Lunge und vorgeschrittene Bronchiektasie bilden eine Gegenanzeige gegen die ganze Methode. Im Allgemeinen bestätigt der Verf. die Vorschrift Waldenburg's, dass die Behandlung nie länger als 2—3 Monate ohne Unterbrechung fortgesetzt werden darf.

Den Schluss des Vortrages bildet eine Aufzählung der bisher bekannt gewordenen pneumatischen Apparate, sowie einige Andeutungen über Pneumatometrie und pneumatische Diagnostik.

Der Werth der pneumatometrischen Ergebnisse liegt in dem Nachweise der Ab- und Zunahme der Athemmaasse bei ein und demselben Krankheitsfall. Die Verdienste der Pneumatometrie um die Diagnose sind, wie B. selbst anführt, sehr zweifelhaft und ich übergehe deshalb hier die diesbezüglichen spärlichen Andeutungen. Glax.

494. Neue pneumatische Apparate und ihre Anwendung in der Kinderpraxis. Von Dr. Ignaz Hauke. (Medicinische Jahrbücher der Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1877 I. Heft, mit 3 Holzschnitten.)

Das Kindesalter scheint in doppelter Beziehung für die pneumatische Therapie ein ergiebiges Feld zu bieten. Die kindlichen Brustwan-

Digitized by Google

dungen sind leichter, weicher und nachgiebiger, daher zur Hervorbringung von Volumsveränderungen durch Einwirkung äusserer Kräfte geeigneter als der schwerer erigide Thorax der Erwachsenen. Die Enge der Luftwege im kindlichen Alter bedingt wiederum Athmungshindernisse bei Krankheitszuständen, die von Erwachsenen ohne Schwerathmen ertragen werden, sowie die geringe Inspirationskraft des Kindes die Anstrengung bei Ueberwindung von Athmungshindernissen nicht so lange zu ertragen vermag, daher leichter insufficient wird als die ausgebildete Muskelkraft Erwachsener.

Die Durchführung der bisher üblichen Methode, die Förderung des Athmungsmechanismus durch Verdichtung und Verdünnung der Athmungsluft mittelst pneumatischer Apparate, welche die selbstständige Mitwirkung des Patienten erfordert, stösst bei Kindern auf unüberwindliche Hindernisse. Es sind daher Vorrichtungen nöthig, welche die Durchführung des Verfahrens auch ohne Zuthun und selbst gegen den Willen des kleinen Pat. ermöglichen. Solche Behelfe sind der „pneumatische Panzer" (med. Presse 1874, Nr. 34 und 36) und die „pneumatische Wanne", deren Zweck darin besteht, den Luftraum in der unmittelbaren Umgebung des Thorax von der übrigen Atmosphäre hermetisch abzuschliessen, um die Erzeugung einer Differenz zwischen dem Luftdrucke innerhalb der Lungen und jenen an der äusseren Oberfläche des Thorax zu ermöglichen. Die pneumatische Therapie bezweckt also die Erleichterung und Vervollständigung des Inspirationsactes. Die Einathmungsmuskeln haben bei jedem Inspirationsacte, bei ruhigem Athmen hauptsächlich, die Contractionskraft der Lunge, bei tieferen Inspirationen auch die Schwere und Elasticität der Brustwände zu überwinden, wobei bei Verengerung der Luftwege noch ein gewisser Grad von Luftverdünnung hinzukommt, welcher dadurch entsteht, dass die angestrengte Action der Inspirationsmuskeln den Brustkorb rascher zu erweitern strebt, als das geringe Quantum der durch die verengten Wege einströmenden Luft den Raum ausfüllen kann. Wenn man mit M die Kraft der Inspirationsmuskeln, mit W den Widerstand von Seite der Thoraxwand, mit E die Elasticität der Lungen und mit V die bei der Inspiration durch verengte Luftwege entstehende Verdünnung bezeichnet, so gilt der Ausdruck $M > W + E + V$. Der Werth von W ist noch nicht ermittelt, im Kindesalter gewiss viel geringer als beim Erwachsenen. E schätzt Donders auf 30 Mm. Hg $= {}^{4}/_{100}$ Atmosphäre, d. h. die Contractionskraft der Lunge übt an der Innenfläche der Brustwand einen Zug aus, stark genug, um ein im Pleurasacke gedachtes Luftquantum um ${}^{4}/_{100}$ Atmosphäre zu verdünnen. Bei Kindern ist dieser Werth gewiss nicht viel kleiner, da es auf der Wirkung von elastischen Fasern und organischen Muskelfasern beruht und der geringeren Masse auch ein geringerer Querschnitt entspricht. Den Werth von V hat H. durch Experimente an 4—9jährigen Kindern ermittelt und zwischen ${}^{1}/_{100}$—${}^{2}/_{100}$ Atmosphäre gefunden. Will man nun wenigstens

Digitized by Google

die beiden letzten Widerstände E und V zu Gunsten der Inspirationskraft beseitigen, so muss man an der Aussenfläche des Thorax eine Druckverminderung, welche dem Werthe von E und V gleichkommt, also eine Luftverdünnung von $^5/_{100}$ Atmosphäre erzeugen, dadurch erhält der Luftdruck in der Lunge gegenüber dem auf der äusseren Luftoberfläche lastenden Drucke ein entsprechendes Uebergewicht, die Brustwände nehmen eine neue etwas höhere Gleichgewichtslage an und die inspiratorische Erweiterung desselben erfolgt nun leichter, weil M nur W zu überwinden hat. Die Kraftersparung für die Inspirationsmuskeln ist eine bedeutende. Denkt man sich nun die Luftverdünnung auf der Höhe der Inspiration plötzlich unterbrochen und dem vollen atmosphärischen Drucke Platz machend, so wird die Exspiration frei von Statten gehen, und zwar mit einer Kraft, welche in der Formel $M^1 + W + E$ ihren Ausdruck findet, wenn M^1 die Exspirationsmuskeln, W und E die obgenannten Werthe bezeichnet. Ein solches Alterniren von Luftverdünnung während der Inspiration und gewöhnlichem Luftdrucke während der Exspiration müsste unzweifelhaft den mächtigsten Einfluss auf den Mechanismus der Respiration ausüben, allein ein so rasches Wechseln der Luftdichte ist bei der Raschheit der kindlichen Respiration nicht zu erzielen, man muss sich begnügen in grösseren Pausen eine solche herzustellen. Der Einfluss einer continuirlichen Luftverdünnung auf die Respirationsbewegungen besteht zunächst darin, dass die Exspiration in demselben Grade erschwert wird, als die Inspiration erleichtert wird. Die Exspiration erfolgt jetzt wenn die Druckverminderung dem Werthe E entspricht, nur mit der Kraft von $M^1 + W$. Die Exspiration kann somit, wenn die den Thorax umgebende Luft um $^1/_{20}$ Atmosphäre verdünnt wird, wohl noch von Statten gehen, doch wird wegen der erschwerten Exspiration das Gefühl der Erleichterung bald verschwinden, daher wenn die Luftverdünnung den Werth von E überschreitet, namentlich bei erschöpften Kindern, leicht ein Zustand von Apnoë eintreten kann, umsomehr, da auch die Blutcirculation durch die stärkere aspirirende Wirkung beeinflusst wird.

Es ergeben sich nun für die Kinderpraxis folgende Indicationen: Bei asphyctischen Neugeborenen bietet die erzielte Förderung der Respiration den einzigen Ersatz für die noch schlummernde Inspirationskraft. Bei angeborener oder erworbener Atelektase kann die Leistung der allzu schwachen Inspirationsmuskeln verstärkt werden, ebenso kann bei Thoraxrhachitis die Athmung vervollständigt werden und den Folgen der mangelhaften thoracischen Aspiration entgegengewirkt werden. Bei Krankheiten mit inspiratorischer Dyspnoë, namentlich bei Croup, Bronchitis cap. etc. kann ein grösseres Luftquantum inspirirt werden und dadurch die Expectoration befördert werden. Insbesondere bei Croup hofft Verf. gute Erfolge zu erzielen, indem durch die den Respirationsmuskeln gegönnte Erholung die Gefahr der Athmungsinsufficienz hintangehalten und das Athembedürfniss herabgesetzt wird, ferners indem durch die bessere Ventilation der Lungen

Digitized by Google

der Gefahr der Kohlensäure-Narkose und durch Erhöhung der thoracischen Aspiration der Blutstauung vorgebeugt wird. Schliesslich wird, da dem Kinde eine grössere Menge Luft für die forcirte Exspiration zu Gebote steht, die Expectoration viel ergiebiger werden. Bei einem 3jährigen croupkranken Mädchen war die Anwendung dieses Verfahrens von gutem Erfolge begleitet. Es stieg die Zahl der Respirationen, das Mühsame derselben, das Spiel der Nasenflügel hörte auf, der Athem wurde so leise, dass man sich nur durch Annäherung des Ohres überzeugen musste, dass keine vollständige Apnoë eingetreten sei. Es trat ruhiger Schlaf ein. Als aber das Kind nach einer $^1/_4$ Stunde herausgenommen wurde, trat dieselbe Reihenfolge von Erscheinungen ein, doch hatte augenscheinlich die Kraft der Inspirationen zugenommen. Alle 3—4 Stunden wurden Sitzungen abgehalten, bis nach 3 Tagen das Kind unter den Erscheinungen der Lösung genas. 4 andere Fälle von Croup jedoch hatten einen letalen Ausgang. Auch in einigen Fällen von Lungeninfiltration erwies sich dieses Verfahren als nützlich. Eine Caverne konnte endlich dadurch, dass sie sich stärker mit Luft füllte, leichter nachgewiesen werden. Subjectiv (am Verf. selbst) brachte die Anwendung Folgendes hervor: Im Beginne der Luftverdünnung tritt eine mässige Erweiterung des unteren Brustumfanges mit Vorwölbung des Epigastriums ein, bevor noch die Inspiration begonnen hat, fühlt man sich angeregt zu einer tiefen Inspiration, die ausserordentlich leicht von Statten geht. Wird im Momente der Inspirationsstellung des Thorax die Luftverdünnung plötzlich unterbrochen und der gewöhnliche atmosphärische Druck wieder hergestellt, so erfolgt die Exspiration spontan sehr energisch. Bleibt die Luftverdünnung längere Zeit, etwa $^1/_2$—1 Minute continuirlich, so hat man das Gefühl der Völle in der Brust, die Exspiration geht schwer vor sich, der Puls wird dabei kleiner. Belästigt wird man nur durch ein Gefühl von Zerrung an jenen Hautpartien, wo der den Zwischenraum zwischen den Panzerwänden und der Haut hermetisch ausfüllende Stoff durch den äusseren Luftdruck hineingedrängt wird. Gefahr für die Lungen ist bei diesem Experimente keine vorhanden, weil die passive Ausdehnung der Lungen schon an der Resistenz des Thorax ihre Grenze findet.

Ferners zeigte es sich in der Praxis, dass **keine** Luft in den Magen komme, doch soll man mit geringen Graden der Luftverdünnung beginnen, erst allmälig steigen und bei schwachen Kindern nie über eine Luftverdünnung von $^4/_{100}$ Atmosphäre hinausgehen.

Die Vorrichtungen bezwecken: 1. den Abschluss des den Thorax unmittelbar umgebenden Luftraumes von der übrigen Atmosphäre; 2. die Verdünnung der Luft in dem genannten abgeschlossenen Raume. Um ersteren Zweck zu erreichen, bedient man sich bei kleinen und geduldigen Kindern des „pneumatischen Panzers", bei grösseren Kindern der „pneumatischen Wanne". Bezüglich der Apparate selbst muss auf das Original verwiesen werden.

Digitized by Google

Schliesslich sei noch erwähnt, dass die Kinder im Allgemeinen sich gerne diese Proceduren an sich gefallen lassen, und selten ist eines so unruhig, dass man von dem Verfahren Abstand nehmen muss.

v. Hüttenbrenner.

495. Ein Apparat zur Hodenstütze. Von Dr. Kossack. (Berlin klin. Wochenschr. 1876, Nr. 31.)

Der Apparat besteht aus einer ebenen und einer schwach gekrümmten, nach oben zu concaven Platte aus Hartgummi, welche beide durch einen Messingstab, der mittelst einer Stellschraube in einer Hülse höher oder tiefer gestellt werden kann, verbunden sind. Die untere ebene Platte steht zwischen den Beinen des auf dem Rücken gelagerten Kranken, auf der oberen ruht der Hodensack und die auf denselben applicirten medicamentösen oder mechanischen Vorrichtungen.

Die Vorrichtung hat vor den gewöhnlichen Unterstützungsweisen (Spreukissen, Compresse, Suspensorium u. s. w.) den Vorzug, dass die Beine frei bewegt werden können und für das Scrotum eine feste Unterlage geschaffen wird. (Ein Nussgelenk unterhalb der Lagerungsplatte würde die Brauchbarkeit noch erhöhen. Ref.) A. v. Winiwarter.

496. Die Heilmittel Balaton-Füred's am Plattensee. Erörtert von Dr. Heinrich Mangold. (Pester med. chirurg. Presse 1877, Nr. 8.)

M. hebt als Heilpotenzen: das Klima, den Plattensee und die Säuerlinge Füred's hervor, welche in Molken und Trauben eine wesentliche Unterstützung finden. Balaton-Füred liegt im Tapolczaer Bezirke des Zalaer Comitates, nordwestlich am Ufer des Plattensees. Das Klima ist sehr milde; im April steht zumeist Alles schon in voller Blüthe, der Mai ist schon so warm, dass das Baden im Plattensee ermöglicht ist. Von den Säuerlingen Füred's hat sich der „Franz-Josefs-Brunnen", der zumeist zur Trinkcur verwendet, nach Heller's chemischer Analyse als „salinisch-alkalinisches Eisenwasser" bekundet. Im Civilpfunde sind 6·03 Gran schwefelsaures Natron, 0·69 Gran Kochsalz, 0·82 kohlensaures Natron, 0·084 kohlensaures Eisenoxydul und 19·24 Kohlensäure enthalten. Der zweite Füreder Brunnen enthält mehr Eisen, aber weniger Kohlensäure als der Franz-Josefs-Brunnen und wird zumeist mit Molke oder Milch getrunken. Als durch die Erfahrung bekräftigte Indicationen für diese Quellen bezeichnet Verf.: Torpide Krankheiten des Magens und Darmcanals, der Gallenwege, der Harnorgane und der weiblichen Sexualorgane, Anämie, Scrophulose, Chlorose, Hysterie, Hypochondrie, chronische Katarrhe der Respirationsorgane. Kisch.

497. Beitrag zur radicalen Behandlung der Zahnfleischfisteln. Von Dr. Jul. Scheff. (Mitthlgn. d. med. Doctor.-Colleg. 1877, Nr. 6.)

Die in der deutschen Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde 1875, Heft 3 und 4 angegebene radicale Behandlung der Zahnfleischfisteln hält Sch. nur für jene Fälle brauchbar, in denen man es mit cariösen Zähnen

Digitized by Google

zu thun hat, so dass man sowohl durch den Wurzelcanal als auch durch den Fistelgang medicamentös einwirken kann. Die für diese Fälle angegebenen Medicamente waren Creosot, eingeführt durch den Wurzelcanal, und Jodtinctur, applicirt durch die Fistelöffnung. In Fällen von Zahnfleischfisteln bei nicht cariösen Zähnen machte Sch. nur von der Jodtinctur Gebrauch. Er nahm eine Pravaz'sche Injectionsspritze und dazu statt der Injectionsnadel ein dünnes mit abgerundetem Ende versehenes Röhrchen. Damit injicirte er von der Fistelöffnung aus 1—2 Tropfen Jodtinctur, und führte gleich nach Entfernung der Spritze einen stark gedrehten, vorher in Jod getränkten Baumwollfaden mittelst einer stumpfen Sonde hoch hinauf, und liess ihn 1—2 Stunden liegen. Dies geschieht zweimal wöchentlich; die ganze Cur dauert 3 Monate.

von Buschmann.

498. Praktische Punkte bei der elektrolytischen Behandlung der Cysten und Fibroide. Von Georg M. Beard. (The Medical Record 1877, Nr. 222, 17. März 1877.)

In einem Vortrage, gehalten in der Newyorker Medical Journal Association sprach Beard über gutartige Cysten und fibröse Tumoren in ihren Beziehungen zur Elektrolyse und stellte dabei folgende Punkte als praktisch wichtig auf:

1. Das Ziel der elektrischen Behandlung der Cystentumoren ist nicht die Zersetzung des flüssigen Inhaltes, sondern die Beförderung der Absorption durch mechanische Reizung der absondernden Fläche. Die blosse Entleerung des Inhaltes der Ovariencysten kann durch Punction geschehen; aber nothwendig ist die Verhütung des Wiederanfüllens. Bei der Elektrolyse der Cysten geschieht es manchmal, dass die Flüssigkeit an der Einstichstelle der Nadel, während oder nach der Operation ausfliesst; aber diese Entleerung des Inhaltes und die darauf folgende Schrumpfung des Tumors ist vorübergehend, es sei denn, dass die Operation auf die Aufhebung des krankhaften Secretionsprocesses gerichtet war. Die Zersetzung des flüssigen Inhaltes kann durch Stärke des Stromes und lange Dauer der Operation hervorgebracht werden; bisweilen erfolgt sie so schnell, dass die resultirenden Gase eine Schwellung und Dehnung des Sackes zur Folge haben und Wasserstoffgas und Flüssigkeit strömen längs der negativen Nadel aus. Indess ist dieser Vorgang ein zufälliges Ereigniss bei der Operation. Bei der Hydrokele z. B., welche ein Typus dieser Art von Tumoren ist, wird bisweilen eine Radicalheilung durch Elektrolyse bewirkt, wenn kaum noch irgend eine Zersetzung des Inhalts stattgefunden hat. So war Beard in einem Falle von Hydrokele bei einem Kinde genöthigt, die eingesenkte negative Nadel wegen des Sträubens des Patienten zurückzuziehen und die Operation auf einen anderen Tag zu verschieben. Als der Tag aber herankam, befand sich das Kind bereits wohl. Mitchell theilte Fälle mit, wo die blosse Punction des

Digitized by Google

Tumors gefolgt war von seinem Verschwinden, doch muss man sich dabei erinnern, dass bisweilen Tumoren von selbst, ohne bekannte Veranlassung zurückgehen oder selbst verschwinden können. Beard hat selbst solche Fälle beobachtet, er ist aber andererseits von dem günstigen Erfolge der mechanischen Reizung gegenüber der chemischen Zersetzung des Cysteninhaltes überzeugt und empfiehlt, auf die letztere wenig Gewicht zu legen, dagegen mit der Nadel so zu manipuliren, dass die innere secernirende Fläche des Tumors gereizt wird.

Als zweiten praktischen Punkt bezeichnet Verfasser die Regel, dass man bei der Elektrolyse der Fibroide und fester Cystenwände nicht so sehr die directe und unmittelbare Zerstörung des Gewebes, als eine allgemeine Modification der Ernährung anstreben müsse. Diese Umstimmung ist eine Wirkung theils der reizenden und absorptionsbefördernden Action des Stromes, theils der Coagulation des Albumins, theils endlich einer veränderten Innervation. Es geschieht nicht selten, dass z. B. Kröpfe nach 1—2 elektrolytischen Operationen zurückgehen, bei welchen geringe oder gar keine Destruction des Gewebes stattgefunden hat. In solchen Fällen muss eine Modification des Ernährungsprocesses stattfinden, nicht blos nächst den Insertionspunkten der Nadeln, sondern in allen Theilen des Tumors und sehr wahrscheinlich in solchen, welche der Strom nicht durchsetzt hat, sondern die blos indirect, reflectorisch afficirt worden sind. In der That sind die besten Resultate der elektrolytischen Behandlung der Cysten und Fibroide nicht der eigentlichen Elektrolyse selbst, sondern der elektrischen Behandlung überhaupt zuzuschreiben. Anderseits ist bei der elektrischen Behandlung der Naevi die chemische Action der Elektricität die Hauptsache.

Der dritte Punkt betrifft die Einrichtung der Batterie. Batterien, in welchen die Elemente sich reihenweise summiren, sind besser als solche, wo die Platten das Vielfache eines Elementes darstellen oder mit anderen Worten Spannungs- (Intensitäts-) Batterien passen hier besser als Quantitätsbatterien. Bei elektrolytischen Operationen ist nämlich ein grosser Widerstand zu überwinden, obschon viel geringer, wenn die Haut punktirt wird und die Nadeln nahe beisammen stehen, als bei Application an der Oberfläche und weit abstehenden Elektroden. Es geht aus dem Ohm'schen Gesetze hervor, dass die Stärke oder Intensität des Stromes mit der Anzahl der Elemente zunimmt, und dass sie im umgekehrten Verhältnisse mit dem Leitungswiderstande steht — daher wird bei grossem äusseren Widerstande eine Batterie von vielen kleineren Zellen mehr leisten, als eine von wenigen grossen. Man kann bei der Behandlung der Tumoren beide Pole einführen, oder blos den negativen, oder blos den positiven Pol. Beard empfiehlt die Benützung nur eines Poles, in der Regel des positiven, der am wenigsten Schaden bringe; bei der Zersetzung der Flüssigkeiten entwickelt sich nämlich am positiven Pole Sauerstoff und Säure und sollen geringere Störungen veranlassen, als der

Digitized by Google

am negativen Pole entwickelte Wasserstoff und Alkali. In manchen Fällen jedoch, besonders wenn eine stärkere chemische Action erwünscht ist, ist der negative Pol vorzuziehen. Die Grösse und der Sitz des Tumors beeinflusst ebenfalls die Polwahl, ferner ist zu beachten, dass die reizende oder stimulirende Eigenschaft des negativen Pols ausgesprochener ist, als die des positiven. In Bezug auf die Dauer der Operation hängt viel von der Stärke des angewandten Stromes ab; da es aber in der Mehrzahl der Fälle erwünscht ist, Eiterung zu vermeiden, und diese bei manchen Personen leicht eintritt, so ist es sicherer, milde Ströme in kurzen Applicationen zu gebrauchen. Isolirung der Nadeln ist bei Behandlung von Ovariencysten und Uterusfibroiden nicht unerlässlich, da milde Ströme von kurzer Dauer nur sehr leichte und beschränkte Entzündung erregen. Es ist jedoch besser, wenn Nadeln, welche das Peritoneum passiren, isolirt sind, obschon sie dadurch zu stark werden.

Beard hat selbst mit vielen Nadeln durch die Abdominalwand operirt, ohne dass die Wirkung der Elektricität oder der Nadeln auf das Peritoneum üble Folgen gehabt hätte.

Die unangenehmen Resultate, die mitunter auf elektrolytische Operationen an Uterusfibroiden gefolgt sind, können nach ihm auf verschiedene Art erklärt werden:

Die Ströme waren zu stark oder zu lange einwirken gelassen; es wurden zu grosse Nadeln oder andere Conductoren angewandt und haben Eiterung hervorgebracht.

In manchen Fällen von Uterusfibroiden kann die Behandlung durch die Vagina geschehen, mit Hilfe sehr langer Nadeln, und eine Eiterung ist nicht sehr zu fürchten, weil der Eiter einen Ausweg hat. In einem auf diese Weise mit dem negativen Pole behandelten Falle sah Beard keine Eiterung eintreten, auch keine üblen Symptome erscheinen, im Gegentheile trat eine Abnahme der Neuralgien und anderer Folgeerscheinungen des Tumors auf.

Gutartige Cysten, welche der Behandlung direct zugänglich sind, können fast in allen Fällen durch Elektrolyse dauernd geheilt oder auf ein unschuldiges Minimum reducirt werden. Bösartige Cysten kann man bisweilen durch Elektrolyse der Basis mit Erfolg behandeln und manchmal auch durch gewöhnliche Elektrolyse im Fortschreiten aufhalten.

Ovarientumoren, wenn sie richtig und verständig behandelt werden, mit geeigneten Apparaten und Vermeidung von Eiterung oder zu heftiger Entzündung, bilden ein ermuthigendes Versuchsfeld für die Elektrolyse; in Fällen, wo die Geschwulst noch keine bedeutende Grösse erreicht hat, ist eine Radicalcur auf diesem Wege wahrscheinlich. Im Allgemeinen kommen jedoch diese Tumoren nicht frühzeitig zur Beobachtung. Die von Fieber, Semeleder und Ultzmann publicirten Erfahrungen auf diesem Gebiete — günstige und ungünstige — sind beachtenswerth; auch wo früher Misserfolge erhalten wurden, dürften in Zukunft theilweise oder

Digitized by Google

vollkommene Erfolge erzielt werden. Unter der Voraussetzung der bereits erörterten Cautelen bringt die Elektrolyse keine Gefahr; anderseits sind grosse Missgriffe gemacht worden durch Uebertreibung der Behandlung, durch das Bestreben, die Cur auf eine kurze Zeit zu concentriren und in der gleichen Behandlung aller Fälle.

Nächst den Cysten geben, wie es scheint, die Fibroide die beste Prognose.

Solide Uterusfibroide eignen sich in manchen Fällen ebenso gut für die Elektrolyse als augenscheinlich der Kropf; in anderen dagegen, ebenso bei Fibroiden in anderen Theilen des Körpers wird keine Reduction der Grösse des Tumors erzielt. In allen oder fast allen Fällen, die Beard aus eigener Erfahrung oder den Publicationen anderer Beobachter kennt, konnte jedoch eine Besserung der begleitenden Neuralgien und anderer secundärer Symptome bewirkt werden.

Die verschiedenen Arten der Tumoren können mit Rücksicht auf ihre vergleichende Prognose bei elektrolytischer Behandlung in folgende Ordnung gebracht werden:

1. Naevi sowohl über der Haut erhabene, als die unter der Haut und nicht zu grosse Muttermäler.

2. Gutartige Cysten, auch kleine Ovariencysten, Hydrokele etc.

3. Kröpfe, einschliesslich die Struma exophthalmica.

4. Gesichtsepitheliome, besonders bei Elektrolyse der Basis.

5. Fibroide, einschliesslich der Uterusfibroide.

6. Fettgeschwülste, falls sie nicht zu gross sind; Fett ist übrigens ein schlechter Leiter.

7. Carcinome. Mit Rücksicht auf die Milderung der Schmerzen und den bisweiligen Stillstand der Geschwulst unter der Behandlung könnte vielleicht eine günstigere Stellung in der Reihe gerechtfertigt werden.

8. Drüsentumoren werden nur schwierig ohne hinzutretende Eiterung verkleinert. Popper.

Kleine Mittheilungen.

499. Behandlung der Phthisis pulmonalis mit Natron hypophosphoricum. Von Grellet. (The Lancet, I, Nr. 3, 1877.)

In 5 Fällen von Phthisis pulmonalis, deren Erscheinungen nach der physikalischen Untersuchung genau angegeben werden und kaum einen Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose zulassen, gelang es Grellet (Hitchin Infirmary) vollständige Heilung zu erzielen, während ein 6. Fall sehr gebessert auf Verlangen entlassen, durch Erkältung nach einem Monate an Pneumonie erkrankte und starb. Er verordnete Natron hypophosphoricum 0·6—1·20, Acid. phosphor. dilut. gtt. 10 Spirit. Aetheris compos. gtt. 15, je nach Umständen mit 5 Tropfen Tct. Digit. oder 10 Tropfen Tct. Chin. comp. oder etwas Morphin 3mal täglich, dann Phosphor-

Digitized by Google

leberthran oder Pilul. Phosphori comp., bei Schweissen Pillen aus Zinc. oxyd. mit Conium, daneben ausgezeichnet nahrhafte Kost, Milch, Beeftea.

500. Der constante Strom. bei gichtischen Veränderungen an den Fingergelenken. Von H. Jackson. (The Brit. med. Journ., Nr. 837, 1877.)

Eine bedeutende Besserung der vergrösserten und missformten Fingergelenke in Folge von Gicht trat nach Anwendung des constanten Stromes täglich 10 Minuten lang local, während die Hände in Salzlösung gebadet wurden, ein. Dr. Althaus rühmt diese Behandlung bei Veränderungen durch rheumatische Gicht; Dr. Buzzard berichtet über bedeutende Besserung in einem dem Jackson'schen sehr ähnlichen Falle. (Aerztl. Int. Bl.)

501. Ueber Behandlung der Epilepsie. Von C. F. Kunze in Halle. (Deutsche Ztschr. f. prakt. Medic. 1877.)

K. weist darauf hin, dass die Epilepsie ein Symptom der verschiedenartigsten Zustände in den Centralorganen ist; sie gibt um so weniger Aussicht auf Heilung, je länger sie bestanden hat und je mehr Anfälle sie gemacht hat, und können schliesslich die functionellen Störungen anatomische Läsionen zur Folge haben. Deshalb ist es wichtig, dass Epileptische möglichst frühzeitig in Behandlung genommen werden. K. macht mit ihn zufriedenstellendem Erfolge alle 5—7 Tage subcutane Injectionen von 8 Tropfen von Curare 0·5, Aq. destill. 5, acid. muriat. gtt. 2.

502. Jodoform gegen Ulcera syphil. Von Dr. Guggenberg. (Med.-chir. Centralbl. Nr. 14, 1877.)

Die Zahl derer, welche Jodof. gegen Ulc. syph. verwenden, nimmt immer mehr zu. G. hat sich denselben angereiht und belegt durch eine Reihe von Beispielen den Erfolg seiner Behandlungsweise. Nur bei Phagedän und Induration eines Geschwüres sei das Mittel wirkungslos; der V. rühmt es besonders bei Substanzverlusten an der Glans (wegen seiner Haftung). Vor der Application wird ein lauwarmes (örtliches) Bad genommen und nach sorgfältiger Abtrocknung das in einem gut verschlossenen Glase aufbewahrte Jodof. auf das Geschwür aufgestreut und dann sowie bei jedem anderen Verbande verfahren. Das Mittel verursacht keinen Schmerz, nur der Geruch ist unangenehm. (Lässt übrigens im Stadium der Ausbreitung des weichen, venerischen, contagiösen Geschwüres ebenso im Stiche, wie die anderen Mittel. Ref.) Emanuel Kohn.

503. Mittheilungen aus der Syphilis-Praxis. Von Dr. Daworsky. (Memorab. 21. Jahrg., 10. Heft.)

Vorgeschrittene Gravidität ist kein Grund, die Allgemeinbehandlung Syphilitischer (Mercur, Jodkali) zu unterlassen. Diese ist im Gegentheile geboten, da sonst das Leben der Frucht gefährdet ist.

Es gibt dem breiten Condylome ähnliche Efflorescenzen, welche nicht syphilitischer Natur sind. Man muss deshalb wegen des Vorkommens eines pathologischen Productes, das man für Condyl. lat. halten würde, allein keine Allgemeinbehandlung einleiten, sondern mit letzterer warten, bis sich Allgemeinerscheinungen zeigen. Locale Behandlung (Bepinselungen mit einer Pasta aus Glycerin mit Pulv. frond. sabin. ferr. sulph. und Alum. ust aa.) bringt Wucherungen der ersten Art zum Schwinden. Emanuel Kohn.

504. Blepharoptosis congenita und Defect der musculi recti super. Von Steinheim. (Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde XV. pag. 99.)

Bei einem 14jährigen Bauernknaben hingen von seiner Geburt an beide Oberlider wie faltenlose Vorhänge herab. Bei grösster Anstrengung konnte jener

Digitized by Google

die Lidspalte auf 3‴ weit öffnen. Die Augäpfel konnten nach oben gar nicht, nach innen und aussen nur wenig bewegt werden.

Durch Excision eines Stückes aus dem Orbicularis und der Haut und nachträgliche Entfernung eines transversalen Hautstreifens nächst dem Cilienrande wurde kein befriedigender Effect erzielt. Der Versuch der Vornähung eines rectus superior zeigte das Fehlen dieses Muskels und es ist daher wohl erlaubt anzunehmen, dass auch der andere rect. super., sowie die Levatores palpebr. nicht vorhanden waren. Prof. Schnabel.

505. Verwerthung von Catgut zur Stillung der Blutungen aus Knochen. Von Dr. Riedinger. (Centralbl. f. Chirurgie 1877, Nr. 16.)

Die Blutungen aus dem Knochenmarke nach Operationen dauern oft länger an, als die aus den Weichtheilen. Die Mittel, welche man dagegen anwandte, waren Cauterisationen des Gefässcanals mit einer glühenden Stricknadel, oder das Einlegen eines Wachspfröpfchens. Da ersteres Verfahren nicht immer zum Ziele führt, und letzteres nicht antiseptisch ist, führte R. bei einer Blutung aus dem Knochenmarke nach einer Amputation 4 Catgutfäden in das spritzende Lumen. Die Blutung stand. Dass Catgut auch im Knochen resorbirt werde, konnte R. auf experimentellem Wege bei 2 Thieren erfahren, in deren Knochen er Catgut einlegte; nach 2—3 Wochen war nichts mehr davon aufzufinden. Wölfler.

506. Ueber die Extraction der Alterscataracta nach Wecker's Methode à lambeau périphérique. Von Cuisnier. Paris 1877.

Wecker's Methode besteht in der Bildung eines mit dem Rande der durchsichtigen Hornhaut zusammenfallenden Lappenschnittes, welcher das untere Drittel der Hornhaut von der Sclera trennt. Nach der Kapseleröffnung bewirkt der Operateur durch einen mittelst des Oberlids auf den oberen Hornhautrand ausgeübten Druck den Austritt der Linse. Vor und nach der Operation wird ein Tropfen 1% Eserinlösung eingeträufelt. Von 288 auf diese Weise extrahirten Augen verloren nur 8, d. i. 2·7%, das Sehvermögen vollständig. 36mal wurde Iriseinheilung beobachtet. Der Hauptvorzug dieser Methode liegt in der Erhaltung einer runden centralen Pupille. Prof. Schnabel.

507. Anusfissuren in Folge von Eczem. Von Gosselin. (Gazette des hôpitaux. 24. Mai 1877.)

Verfasser sah im Gefolge von Eczem des anus Fissuren entstehen, die sich tief in das Rectum erstreckten und sich von den durch die gewöhnlichen Ursachen (harte Körper im Stuhle, Verletzungen der Rectumschleimhaut etc.) entstandenen Fissuren nur dadurch unterschieden, dass sie ungewöhnlich weit gegen die Backen herausreichten, und sich auch ähnliche Risse und Schrunden fanden, die auf der äusseren Decke aufsassen, ohne bis zum Anus zu reichen.

Die von G. dagegen angewendete Therapie besteht in Anwendung von Adstringentien und Auseinanderhalten der excoriirten Hautflächen, wozu sich Charpiebäuschchen mit Ratanhiapomade, nebst Reismehl am besten eignen.

v. Buschmann.

508. Injectionen mit Brom bei Carcinoma uteri. Von W. Williams. (The Brit. med. Journal Nr. 818, 1876.)

Vor 8 Jahren war der nun 50 Jahre alten Frau Baker Brown der Cervix uteri wegen Carcin. epithel. amputirt worden, später hat Routh neue Wucherungen mit dem Ferrum candens zerstört. Verf. hat nun in 3 Sitzungen Brom injicirt, worauf die ganze erkrankte Masse sich abstiess und vollständige Heilung erfolgte. Vom Uterus blieb nur ein zolllanges Stück zurück. Die gebrauchte Lösung war 1 Th. Brom auf 3 Th. Spirit. rectificat.; wohl zu beachten ist bei Herstellung der

Digitized by Google

Lösung, dass eine starke Erwärmung der Flüssigkeit dabei erfolgt und dass die Lösung unmittelbar vor dem Gebrauche hergestellt werden muss. Verf. injicirte davon 5—10 Tropfen in das Uterusgewebe mit einer langen Spritze aus Hartgummi mit Platinspitze. Der Operateur hat sich vor der verderblichen Einwirkung des Brom auf den Geruchsinn durch Verstopfen der Nasenlöcher mit Wolle, die mit einem Alkali getränkt ist, zu schützen.

509. Arthropathia syphilitica. Von Voisin. (Ref. des Arch. of Dermat. New-York, Jänner 1877.)

Die Arthrop. syph. wird in allen Stadien der Lues gesehen. Im Beginne, bevor noch die Erkrankungen der Haut oder Schleimhaut sichtbar sind, werden vage Gelenksschmerzen, ohne äusserlich sichtbare Veränderungen beobachtet. Später bei weiterer Entwicklung des Leidens, findet man oft zweifellose Zeichen von Entzündung in den Gelenken und zwar sind, wie bei Rheumatismus ein oder mehrere Gelenke ergriffen und der Zustand verläuft acut oder halbacut und ähnelt oft der Hydrarthrose. Während der tertiären Syphilis ist der Verlauf chronisch. Aehnlichkeit mit Tumor albus. Zeitlich angewendete specifische Behandlung ist vom besten Erfolge. Emanuel Kohn.

510. Parzewsky hat neuere Untersuchungen über das Verhältniss der Lungenblutung zur Lungenschwindsucht (Petersb. med. Woch., 1877) — an Kaninchen — angestellt und dazu Einathmungen von Ammoniak (1 : 30 Wasser) benützt, wodurch reichliche Blutergüsse in das Parenchym der Lungen, das submucöse Gewebe der Bronchien und die Pleura erfolgen sollen. Nach 2—3 Tagen sollen aus diesen Extravasaten parenchymatöse Lungenentzündungen hervorgegangen sein. — In derartig veränderte Lungen eingespritztes Blut soll keinen weiteren Einfluss auf den weiteren Process gehabt haben, abgesehen von der mechanischen Verstopfung von Bronchiolen und Alveolen.

511. Mercurialisirte Muttermilch. (Ref. d. Arch. of Dermat. Jänner 1877.)

Klink berichtet, dass eine Frau, die an Syphilis litt, ein syphil. Kind zur Welt brachte, während der Lactation einer Einreibungscur unterworfen wurde, wobei wiederholte Untersuchungen der Milch das Vorhandensein von Quecks. in derselben ergeben haben. Die erste Probe war nach der 13. Einreibung gemacht. 25 Inunctionen der Stillenden reichten zur Heilung der vorhandenen Symptome bei Mutter und Kind hin. Emanuel Kohn.

512. Beiträge zur Histologie der käsigen Pneumonie. Von E. Levy in Leipzig. (Arch. d. Heilk. 18.)

L. ist auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ausspruche gelangt, es sei höchst unwahrscheinlich, dass eine von den übrigen pneumonischen Processen verschiedene (sog. Desquamativ-) Pneumonie den käsigen Infiltrationen zu Grunde liege. Vielmehr könne jede (croupöse, katarrhalische, interstitielle) Pneumonie unter Umständen den Ausgang in käsige Degeneration nehmen.

513. Behandlung der Diphtheritis. Von F. Knowles. (Lancet, 1877, ärztl. Intell.-Bl., 1877, 20.)

K. gibt Fomentation um den Hals, kräftige Nahrung, Wein, frisches Obst, und bepinselt die diphtheritischen Einlagerungen 1- bis 6mal täglich mit: Jodi puri 1·75—2·5, Kal. jodat. 2·5, Spir. vini rectif. 30. Eine Minute nach der Pinselung Gurgeln mit: Kali chlor. 0·5, Acid. hydrochl. 3·75, Aq. destill. 2·50. (Das Kali

Digitized by Google

chlor. und acid. hydrochl. werden in eine 250 Gr. haltende Flasche gegeben, die verkorkte Flasche geschüttelt, 30 Aq. zugeschüttet, wieder geschüttelt und die Flasche endlich mit Wasser angefüllt.) Innerlich: Kali chloric. 3·75, acid. hydrochl. dilut. 4·9, Tinct. Chin. compos. 10·25, Aq. 180, S. 2—3stündlich 2 Esslöffel voll Endlich Inhalationen von Essig und Wasser (1:3).

Auszüge aus grösseren medicinischen Werken.

514. Krankheiten der peripherien cerebrospinalen Nerven. Von Prof. W. Erb. (12. Band des Handbuch der speciell. Pathol. und Therap., herausgegeben von Prof. Ziemssen. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. 1874. Siehe „Rundschau" 1877, Nr. 365.)

I. Krampf im Allgemeinen. Am besten definirt man den Krampf als abnorme Muskelcontraction, die durch rein pathologische Reize hervorgerufen wird, oder bei der die hervortretende Wirkung grösser ist als der Grösse des physiologischen Reizes entspricht.

Die Krämpfe theilt man allgemein in tonische, d. h. längere Zeit (Minuten, Stunden, Tage) nahezu gleichmässig anhaltende intensive Muskelcontractionen und klonische, d. h. rasch aufeinanderfolgende Contractionen und Erschlaffungen. Die leichteste Form des klonischen Krampfes ist das Zittern (Tremor) — leichte, zitternde, oscillirende Bewegungen der Glieder in Folge von wenig ausgiebigen, in sehr kurzen Intervallen aufeinander folgenden Contractionen einzelner Muskeln oder Muskelgruppen oder von antagonistischen Muskeln. Höhere Grade führen zu förmlichem Schütteln der Glieder (Paralysis agitans). — Unter Spasmen und Convulsionen versteht man energische, kraftvolle Contractionen einzelner Muskeln und Muskelgruppen (Grimmassenschneiden, „Schlagen" der Glieder etc.). Convulsionen sind derartige, auf den grössten Theil der Musculatur verbreitete, bald hier, bald da in rascher Folge auftretende, zu lebhaften, ausgiebigen, unregelmässigen Bewegungen des Rumpfes und der Glieder führende Krämpfe. Die einfachste Form des tonischen Krampfes ist der sog. Crampus — eine andauernde, heftige, schmerzhafte Contraction (Wadenkrampf, Trismus, bei Tetanie). Von tetanischem Krampfe spricht man, wenn diese Form über den grössten Theil der Körpermusculatur verbreitet ist und in mehr minder lange andauernden Paroxysmen wiederkommt. Bei der Katalepsie findet sich eine unwillkürliche gleichmässige, aber nicht hochgradige Starre vieler oder aller Körpermuskeln, welche durch passive Bewegungen ziemlich leicht überwunden werden kann. — Von Contractur spricht man bei dauernden, wochen- bis jahrelange anhaltenden, unausdehnbaren Verkürzungen. — Durch Erregung der motorischen Centra oder Fasergruppen

Digitized by Google

für gewisse complicirte Bewegungen werden diese letzteren unwillkürlich, krampfhaft, oft förmlich automatisch ausgeführt (Gehen nach einer Seite oder im Kreise etc.). — Krampfhafte Mitbewegungen begleiten zuweilen die gewollten Bewegungen, stören oder vereiteln sie, ja können schon bei der blossen Absicht einer Bewegung eintreten.

Krampf entsteht immer durch eine Reizung der motorischen Apparate, also entweder durch Zunahme der einwirkenden Reizgrösse oder der Erregbarkeit der motorischen Apparate. Wahrscheinlich spielt letztere bei den Krämpfen die grössere Rolle. — Die Reizung kann direct auf die motorischen Apparate und Bahnen an irgend einer Stelle ihres Verlaufes oder indirect, auf reflectorischem Wege eingreifen. Die Angabe von Natanson, wonach directe Krämpfe sich immer als anhaltende, tonische, heftige und schmerzhafte Muskelcontractionen darstellen, welche gewissen anatomischen Gruppirungen der motorischen Bahnen (einzelnen Nerven oder bestimmtem Plexus) angehören, die indirecten aber als klonische, kurzdauernde und schmerzlose Contractionen, welche auf physiologisch associirte Muskelgruppen (Beuger, Strecker, Respirationsmuskeln etc.) sich verbreiten, bedarf nach E. noch der Bestätigung.

Die directen Krämpfe können entstehen: Durch Reizung der Muskelfasern selbst oder der motorischen Endplatten in denselben (fibrilläre Contractionen, gewisse Formen von Contractur und Muskelstarre in Folge von Lähmungen mit consecutiven anatomischen Veränderungen der Muskeln). Durch Reizung der peripheren motorischen Leitungsbahnen bis zum Eintritte in's Centrum — Traumen, Zerreissung, Quetschung, Schussverletzung, Entzündungen der motorischen Nerven; der — meist tonische — Krampf ist dann auf die befallene motorische Bahn streng localisirt, eventuell von entsprechenden sensiblen und vasomotorischen Störungen begleitet. — Durch Reizung der Leitungsbahnen und der motorischen (Reflex-) Centren im Rückenmark — Contracturen, Muskelspannungen, Spasmen etc. bei Myelitis und anderen spinalen Erkrankungen, Krämpfe beim Tetanus etc. Hier zeigen die Krämpfe meist eine charakteristische Verbreitungsweise (beide untere Extremitäten, Beuger oder Strecker etc.) und sind meist begleitende spinale Erscheinungen vorhanden. — Reizung der Leitungsbahnen und Centralapparate im Gehirn, d. i. der einfachen motorischen Leitungsbahnen im Gehirnstamm und der Stabkranzfaserung, oder der motorischen Centren in der grauen Rinde der Vorderlappen (Fritsch, Hitzig) oder gewisser automatischer Centren (für In- und Exspiration, für Lachen, Gähnen etc.) — abgesehen von den viel verwickelteren Verhältnissen bei coordinirten Krämpfen, Zwangsbewegungen etc. — Nach Nothnagel gibt es im Pons, wahrscheinlich da, wo die motorischen Leitungsbahnen der Vorderseitenstränge ihre erste centrale Endigung in Ganglienzellen finden, ein besonderes „Krampfcentrum", von welchem aus direct oder reflectorisch allgemeine Convulsionen ausgelöst werden können.

Digitized by Google

Die reflectorisch entstehenden Krämpfe werden überall durch die graue Substanz der Centralorgane vermittelt; die einfachsten kommen im Rückenmarke zu Stande, complicirtere im verlängerten Marke und im Gehirn an den verschiedensten Stellen, an denen sensible und motorische Bahnen mit einander in Verbindung treten.

Reflexkrämpfe können entstehen: durch gesteigerte Reizung und erhöhte Erregbarkeit der centripetalen (sensiblen) Bahnen. Diese Krämpfe beschränken sich zuerst auf die nächstgelegenen Muskeln, verbreiten sich dann auch auf entferntere und schliesslich eventuell auf sehr zahlreiche Muskelgruppen. Beispiele sind: Krämpfe bei Neuralgien, Hyperästhesien, Entzündungen, Traumen etc. der Nerven, Reizungen derselben durch Fremdkörper, Ulcerationen, Helminthen. (? Ref.): Blephoraspasmus, Cystospasmus, Vaginismus etc.

Durch Steigerung der Erregbarkeit der Reflexcentra im Rückenmark und Gehirn — Strychninvergiftung, Myelitis, Tetanus. Hieher dürften auch die bei jeder lebhafteren sensiblen Einwirkung auftretenden Krämpfe Hysterischer gehören.

Durch Aufhebung der Thätigkeit der reflexhemmenden Centren im Gehirn (blos am Thiere studirt).

Sehr erhebliche Läsionen werden sich an jenen Stellen des Centrums, von denen aus der Krampf ausgelöst wird, nicht finden, da sonst immer auch schon Lähmung vorhanden wäre.

Bei den meisten klonischen Krämpfen dürfte an eine Betheiligung der grauen Substanz der Centralorgane zu denken sein — auch continuirliche Reize lösen beim Durchgang der Erregung durch die graue Substanz nur einen intermittirenden Bewegungsvorgang aus.

Was die näheren Ursachen der Krämpfe betrifft, so lässt sich darüber folgendes sagen. Sie können hervorgerufen werden durch mechanische Reize, Durchschneidung, Quetschung, Zerrung peripherer Nerven; Durchschneidung des Rückenmarkes ruft tonische Krämpfe oder indirect durch Vermittlung der grauen Substanz klonische Zuckungen hervor; ebenso ruft mechanische Insultation verschiedener Stellen des Gehirns Krämpfe hervor, apoplektische Ergüsse rufen beim Entstehen gewöhnlich krampfhafte Bewegungen hervor. — Auch chemische Reize (Gifte, wie Strychnin, Ergotin etc., Alkohol, Blei, Quecksilber etc.) können Krämpfe erzeugen. — Ebenso Circulationsstörungen: plötzliche und hochgradige Anämie gewisser Hirn- (nicht Rückenmarks-) Theile; venöse Hyperämien und Stase — hieher gehören also auch die Krämpfe bei vasomotorischen Neurosen. — Auch Veränderungen des Blutes (Urämie, Cholämie, Hydrämie, Chlorose, Kachexie etc.) können Krämpfe bedingen. — Ueber die Art und Weise, wie Krämpfe bei anatomischen Läsionen der Centralapparate (Entzündung, Neubildung, Erweichung, Blutextravasate etc.) entstehen, wissen wir sehr wenig. — Auf inpalpable Ernährungsstörungen sind wir bei den Krämpfen Hysterischer, Epileptischer, Choreakranker etc. gewiesen.

Digitized by Google

In manchen Fällen muss man eine gewisse Convulsibilität, d. i. Disposition zu Krämpfen annehmen. Eben auch unverständlich ist uns die Entstehung von Krämpfen nach gewissen psychischen Einwirkungen, wie Angst, Schrecken, Zorn, Entsetzen etc.

Allgemeine Symptomatologie. Die Verbreitung der Krämpfe kann eine äusserst verschiedene sein, vor allem je nach der Ursache. Bei localer peripherer Reizung (zuweilen aber auch vom Centrum aus!) können ganz isolirte und circumscripte Krampfformen ausgelöst werden; der grösste Theil der Körpermusculatur (selbst sammt den vom Trigeminus versorgten Muskeln) ist ergriffen, wenn das Rückenmark in toto afficirt ist. Die allgemeinste Verbreitung haben die Krämpfe, wenn das sog. Krampfcentrum ergriffen ist. Es kommen da alle Zwischenformen vor: Krampf Eines Muskels (ein Augenmuskelnerv, der Sternoebidomastoideus), der von einem Nerven, resp. Plexus versorgten Musculatur (Facialis, Accessorius — Paralysis agitans), Einer Körperhälfte (bei Herderkrankungen in einer Gehirnhemisphäre), der unteren Körperhälfte allein (spinale Erkrankungen), der gesammten Körpermusculatur (Tetanus, Epilepsie), gewisser, synergisch arbeitender Muskelgruppen (Gähnkrampf, Respirationskrämpfe etc.).

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

515. **Allgemeiner ärztlicher Verein in Cöln.** Sitzung vom 28. August 1876.

Herr Riegel demonstrirt eine Reihe durch ungewöhnliche Grösse ausgezeichneter Bronchialgerinnsel, die von einem 34jährigen Manne stammten, der mit den Erscheinungen einer sehr heftigen acuten diffusen Bronchitis zur Aufnahme gekommen war. Alle Gerinnsel zeichneten sich durch stets gleiche Grösse, Dicke und Länge aus, und wurde fast täglich von dem Kranken ein solches, in eine grössere Menge Schleim eingehüllt, expectorirt. Der Verlauf war ein sehr acuter, und ging der Kranke nach kurzer Zeit unter dyspnoischen Erscheinungen zu Grunde. Die Section ergab an der Stelle, an der die Gerinnsel gesessen hatten, nur eine auffallende Zartheit der Schleimhaut ohne Substanzverluste. In den Gerinnseln fanden sich neben zahlreichen weissen Blutkörperchen sehr viele Charcot'sche Krystalle.

Herr Riegel theilt sodann die Krankheitsgeschichte eines Falles von Endocarditis ulcerosa nach einer acuten Pneumonie mit, und demonstrirt die zugehörigen Präparate. Sitz der Endocarditis diphther. waren hier die Aortaklappen; ausserdem fanden sich noch zahlreiche Infarcte in mehreren anderen Organen, insbesondere den Nieren. Im Leben fehlten alle krankhaften Symptome von Seiten des Herzens. Der Verlauf war ein sehr acuter und durch häufige Schüttelfröste, sowie durch äusserst hohe Temperaturen ausgezeichnet. Der Kranke, der ein Potator war, war wegen einer croupösen Pneumonie zur Aufnahme gekommen; letztere hatte einen sehr schleppenden Verlauf genommen und war auch zur Zeit des tödlichen Ausgangs noch nicht zur vollständigen Lösung gekommen.

Digitized by Google

Herr Riegel spricht über die Druckschwankungen an der Arteria radialis. Während es an Thieren bei directen Messungen des Blutdrucks im Gefässrohr bekanntermassen leicht gelingt, die durch die Respirationsphasen eintretenden Druckänderungen zu erkennen, sind mittelst des Sphygmographen bei gesunden Menschen Druckänderungen während der beiden Respirationsphasen in der Regel nicht erkennbar. Von vornherein ist aber zu erwarten, dass bei Behinderung der Athmung diese Schwankungen grösser werden, und dass es dann auch gelingen werde, dieselben am Menschen nachzuweisen. Die grössten Differenzen waren demgemäss zu erwarten bei Laryngeal- und Trachealstenosen und in der That ergab die Untersuchung mehrerer mit Laryngostenose behafteter Individuen, dass mit der Zunahme des respiratorischen Hindernisses diese respiratorischen Druckschwankungen ausgeprägter wurden, um mit Nachlass der Dyspnoë wieder vollständig zu verschwinden. Gleichzeitig liess sich während der Dauer der Stenose ein inspiratorisches Kleinerwerden des Pulses, ein P. paradoxus nachweisen. Derselbe erreichte indess hier kaum einen höheren Grad, als unter physiologischen Verhältnissen häufig beobachtet wird und war auch nach völligem Verschwinden der Dyspnoë jederzeit durch tiefe Inspirationen in gleicher Weise hervorzurufen. Während demnach die respiratorischen Druckschwankungen parallel dem Grade der Dyspnoë gingen, liess sich ein gleiches Verhältniss in Bezug auf das Verhalten des einzelnen Pulses nicht erkennen. Diese Verhältnisse erläutert der Vortragende durch Demonstration zahlreicher Pulscurven.

Sitzung vom 11. September 1876.

Herr Boese theilt einen, auf der innern Abtheilung des Bürgerhospitals beobachteten Fall von Cysticercus des Gehirns mit. Eine 26jährige Frau erkrankte unter Erscheinungen eines heftigen Magenkatarrhs, zu denen sich allmälig Kopfschmerz, Schwerbesinnlichkeit, erschwerte Sprache, unsicherer Gang und höchst unruhiger Schlaf hinzugesellten. Drei Wochen nach Beginn der Erkrankung kam sie in's Hospital, wo sie nach 4 Tagen starb. Die Section ergab multiple Cysticercusblasen im Gehirn, und zwar fanden sich dieselben ausschliesslich in der grauen Substanz der Rinde und der grossen Centralganglien. Im kleinen Gehirn wurde nur eine Blase gefunden. In der Umgebung derselben keinerlei Zeichen einer entzündlichen Reaction, ebenso Pia und Dura normal. In den übrigen Organen fanden sich trotz genauer Durchsuchung keine weiteren Blasen, im Darmkanal keine Tänie. Daran anknüpfend bespricht der Vortragende die Entwicklungsgeschichte der Cysticercen, resp. Taenia und die Möglichkeit der Infection mit ersteren.

516. Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin.

Sitzung vom 13. Februar 1877.

Herr A. Martin legt ein Fibromyom vor, welches er bei einer 42jährigen Frau enucleirt hat. Patientin hatte schon vor 3 Jahren an starken Blutungen gelitten, und war damals nach Dilatation des Uterus ein wallnussgrosses Myom in der vorderen Wand constatirt worden. Gegen die Blutungen war man mit Eisumschlägen und Ergotin-Injectionen eingeschritten. Im vorigen Sommer (1876) war eine Phlegmone des rechten Beines eingetreten. Im Januar 1877 zeigte sich der Kräftezustand erheblich gesunken, Puls sehr frequent, Appetit darniederliegend, Stomatitis, Tumor bis zum Nabel reichend, Muttermund geschlossen, Sonde 14 Ctm. hinter der Geschwulst hinaufgehend. — Blutungen. — Nachdem eine grössere Dosis Ergotinlösung injicirt worden, zeigten sich Wehen, die den Tumor herunterdrängten. Herr Martin legte darauf zur Dilatation des Cervix Barnes'sche Blasen ein und zog mit Hilfe einer solchen den Uterus herunter, worauf er den Muttermund leicht discidiren konnte. Es wurde dann die Kapsel gespalten und

Digitized by Google

ein 270 Grm. schweres Fibromyom enucleirt. Der Puls ging in den nächsten Tagen bis auf 100 herunter. Die Ernährung fand wesentlich durch Klystiere statt.

Herr Ebell zeigt einen ähnlichen Tumor (Fibromyom), den er vor Kurzem entfernte. Patientin, 41 Jahre alt, hatte 4 mal, zuletzt vor 11 Jahren geboren, seit März vorigen Jahres bestanden Blutungen. Als Herr Ebell hinzukam, waren bei 6 Ctm. weitem Muttermunde Wehen vorhanden und durch den innern Muttermund ein Tumor zu fühlen, der sich bis zum Fundus verfolgen liess. — Die äussere Untersuchung ergab eine Ausdehnung der Gebärmutter bis zum Nabel Nachdem die Kapsel gespalten, wurde der Tumor mit den Fingern herausgenommen. — Patientin befindet sich bis heute vollkommen wohl.

Herr Veit demonstrirt ein Carcinom des Uterus-Körpers. Er sah die betreffende, damals 57jährige Kranke im September vorigen Jahres, wo sie angab, seit 2 Jahren an Blutungen und profusem Ausfluss zu leiden. Der äussere Muttermund bot nichts Abnormes. Vom inneren Muttermund bis zum Fundus hinauf liess sich ein weicher, bröcklicher Polyp verfolgen, dessen unteres Stück bis zum andern Tage spontan abgegangen. Der Rest wurde dann mit einem scharfen Löffel entfernt. Es handelte sich um ein Adenom und Carcinom des Uteruskörpers; neben vergrösserten Drüsen fanden sich Krebsknoten, auch Uebergänge zwischen Adenom und Carcinom. Wahrscheinlich, meint Herr Veit, sei in diesem Falle das Carcinom aus dem Adenom hervorgegangen.

Herr Haussmann: Ueber die Behandlung gewisser Atresien der weiblichen Geschlechtsorgane. Ein dem Herrn Vortragenden im März vorigen Jahres bei einem 18jährigen Mädchen vorgekommener Fall, in welchem er die Diagnose auf Atresia vaginae, Haematometra und Haematosalpinx dextra stellte (die Kranke entzog sich der weiteren Beobachtung), gibt ihm Veranlassung, sich ausführlicher über die in Rede stehenden Zustände zu verbreiten. Bezüglich der Gefahren operativer Eingriffe kommt neben der Verletzung der Nachbarorgane und einer möglichen Infection vor allen Dingen eine auch bei grösster Vorsicht beobachtete Zerreissung des Eileiters in Betracht. Letztere glaubt Herr Haussmann am besten dadurch zu vermeiden, dass man den Blutsack der Tube, wenn sie adhärent ist, zuerst entleert, wie dies auch schon Hegar und Kaltenbach empfohlen haben. Er würde aber wegen der Gefahr der Infection durch Scheidenschleim oder Mastdarminhalt nicht wie die genannten Autoren von der Vagina oder dem Rectum aus die Tube punktiren, sondern dieselbe lieber von den Bauchdecken aus eröffnen. Die Punction ist mit einem nicht zu engen Troicart zu machen und muss die Operation der Atresie der des Haematosalpinx bald, jedenfalls vor der nächsten Regel folgen. (Berl. klin. Wochenschr.)

517. Debatte des psychiatrischen Vereines in Berlin über Milchsäure. In der 27. ordentlichen Versammlung des psychiatrischen Vereines zu Berlin wurde eine Discussion über die von Preyer aufgestellte Theorie eröffnet: dass, da ein nicht thätiger Muskel neutral, ein thätiger durch Milchsäuregehalt sauer reagire, und da nach grosser geistiger und körperlicher Anstrengung leicht Schlaf folge, der letztere durch Ansammlung jener sauer reagirenden Stoffe im Blute — der sogenannten Ermüdungsstoffe — entstehe. Im Schlafe oxydiren sich die Stoffe und nach deren vollständiger Oxydation trete Erwachen ein. Unter diesen Ermüdungsstoffen nehme die Milchsäure eine hervorragende Stelle ein, und dieselbe sei daher ein den Schlaf erzeugendes Mittel, welches nicht die üble Nachwirkung betäubender Mittel, z. B. des Opium, habe. Der Vorsitzende erwähnt, dass Lothar Mayer Versuche mit Einspritzung der Milchsäure in das Unterhautzellgewebe gemacht, sie aber wirkungslos gefunden habe, innerhalb gab er sie mit beruhigender Wirkung, aber nicht ohne leichte Störungen der Schleimhaut des Darmes. Mendel wendete sie deshalb im Klystier an, und fand sie als solches empfehlenswerth.

Digitized by Google

Jerusalinsky sah in 22 Fällen fast immer Wirkung, namentlich bei Hyerste und in Verbindung mit Morphium; bei Verdauungsstörungen dürfe sie aber nicht angewendet werden. Erler erhielt im Ganzen keine günstigen Resultate. Fischer brachte sie durch langsames Einfliessen höher in den Dünndarm (Infussions-Klysma) und stieg bis zu 35 Gramm als einzelne Gabe ohne schädliche Nebenwirkung, aber auch ohne Wirksamkeit. Wolff wendete sie bei Bienen mit bestem Erfolge an, so z. B. liess sich ein Volk vom 23. December vorigen Jahres bis zum 22. Januar dieses Jahres, also einen Monat lang, im Schlafe erhalten, und liess sich durch warme, aromatische Dämpfe wieder erwecken.

Dr. Jung berichtete, dass die Anwendung bei Frauen, welche von Melancholie befallen waren, ungünstig war, während bei von Tobsucht befallenen Männern der Erfolg sich günstig zeigte. Neuerlich wendete er Klystiere mit 5, 6, 10 Gran durch Natron neutralisirter Milchsäure an, und erhielt jedes Mal günstigen Erfolg.

Dr. Kelb glaubt nach seinen Erfahrungen annehmen zu müssen, dass bei allen Zuständen, die mit grosser Beängstigung (Präcordialangst) auftreten, das Mittel nicht wirksam sei, wohl aber, wenn die Beängstigung nur einen mittleren Grad erreichte. Vielleicht war im ersten Falle die Gabe nicht gross genug. Magenbeschwerden hat er nach der Anwendung nie gesehen. Er glaubt, dass das Mittel der Beachtung werth ist und das viel nachtheiliger wirkende Chloral in manchen Fällen ersetzen kann.

Dr. von Gellhorn hat in keinem Falle sichere, schlafmachende Wirkung beobachtet, wohl aber einmal eine schnelle und deutliche Milderung reizbarer Stimmung und Nachlassen leichter Erregung unter Auftreten von Müdigkeit, bei grösserer Dose (von 30 Gramm Milchsäure täglich zweimal) sogar allgemeine Ermattung und Hinfälligkeit. Länger als vier Wochen liess sich das Mittel wegen Widerwillen der Kranken nicht fortsetzen.

Dr. Hasse fand die Wirkung meistens dem Chloral ähnlich, das heisst es verursachte ziemlich sicher 4—5 Stunden Schlaf. Die Körpertemperatur steigt ungefähr $^1/_2$—1 Stunde nach der Gabe um einige Linien. Nach zwei- bis dreimaliger Anwendung setzt die Wirkung aus, und man muss die Dose erhöhen, was ohne allen Nachtheil geschehen kann. Bei hochgradiger Angst ergaben aber selbst grosse Dosen nur eine ganz schwache Wirkung. Er hat das Mittel nur in Form von Klystieren angewendet.

Idler konnte durch 10 bis 15 Gramm innerlich oder als Klystier niemals einen Erfolg erzielen. Doch zeigten die Kranken keine grosse Abneigung, während Böttger auch keinen Erfolg sah, aber starke Abneigung der Kranken.

Mayer reichte das Mittel in Gaben bis zu 36 Gr. verdünnt und mit Syrup, und fand so weder besonderen Widerwillen noch Magenbeschwerde. Sowohl er als Dr. Laehr fanden nur geringen Erfolg. (Gesundheit.)

518. Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn. Sitzung vom 19. Marz 1877.

Prof. Köster: Ueber acute Endocarditis.

Man unterscheidet gewöhnlich zwei Formen von acuter Endocarditis, eine ulceröse oder diphtheritische und eine verrucöse oder papillare. Bei ersterer handelt es sich um necrotische und ulceröse Defecte des Klappengewebes, bei letzterer um wirkliche Gewebsexcrescenzen, um ein aus dem Klappengewebe hervorsprossendes Granulationsgewebe. Letztere Form ist somit in anatomischem Sinne nicht als acute Endocarditis aufzufassen. Bei der ulcerösen Endocarditis ist aber die Ulceration und selbst die Entzündung nicht das Primäre. Bei ganz frischen Fällen findet man stets, was bis jetzt einige Male nachgewiesen ist, von Heilberg, Eberth u. A, eine körnige, zum grössten Theil aus Micrococcen bestehende

Digitized by Google

Auflagerung. Der erste Effect der micrococcischen Infection ist aber hier, wie auch bei den miliaren Abscessen der Nieren, des Herzmuskels und anderer Organe, eine um die Micrococcen entstehende Necrobiose. Erst um diese erfolgt eine reactive Entzündung, entweder in Form der Eiterung mit oder ohne Ulceration, oder in einer langsam auftretenden und zuweilen erst auf dem Ulcerationsboden entstehenden Granulation. Somit sind beide Formen der Endocarditis mehr oder weniger indirecte Effecte der micrococcischen Infection. Die Micrococcen aber lagern sich nach den Untersuchungen des Vortragenden nicht aus dem an den Klappen vorüberströmenden Blute ab, wie man bisher annahm, sondern gerathen aus den Coronararterien in deren Endverzweigungen und werden peripherwärts so weit wie möglich eingetrieben. Ein Theil bleibt häufig in den Gefässchen der Musculatur sitzen und erzeugt die sog. miliaren embolischen Abscesse. Viel günstiger für eine Embolie sind die anatomischen Einrichtungen der Klappengefässe, indem sowohl von der Insertionsstelle der Klappen, als von den Papillarmuskeln her durch die Sehnenfäden alle Gefässe nach den sog. Schliessungslinien oder den Nodulis zustreben und hier einen Capillarkranz bilden. Durch die permanente Anämie der Klappengefässe und die mechanischen Zerrungen begünstigt, werden die Micrococcen mit Vorliebe bis in die Gefässe der erwähnten Stellen hineingetrieben. Hier äussern sie schon innerhalb der Klappen ihre oben angeführten Wirkungen, oder sie treten und wuchern durch die Gefässe und das umliegende Gewebe bis zur freien Fläche durch, um sich hier reichlich zu vermehren und die vermeintliche Auflagerung zu bilden. Somit ist die acute Endocarditis dasselbe, wie die miliaren Abscesse, nämlich eine micrococcische Embolie und deren Folgen auf das Klappengewebe.

Prof. Köster spricht ferner über die sog. acute catarrhalische Pneumonie: Die histologischen Verhältnisse aller verschiedenen Zustände der Lungen, die man im weiteren Sinne als catarrhalische, lobulare, hypostatische, Broncho- u. s. w. Pneumonie bezeichnet, ergeben, dass eine acute catarrhalische Pneumonie gar nicht existirt. Man findet im Wesentlichen dreierlei Processe, die unter einem der obigen Namen aufgeführt werden: 1. Ein Theil der lobulären Herdchen zeigt histologisch dieselben Veränderungen, wie die croupöse Pneumonie, nur dass in vielen Fällen weniger Fibrin, aber mehr Eiterzellen das Alveolarlumen ausfüllen. Von einer Wucherung oder zelligen Infiltration des interstitiellen Lungengewebes ist keine Rede. 2. Bei einer 2. Reihe von lobulären Herdchen handelt es sich zunächst nicht um eine acute Entzündung, sondern hier geht der Process von einer vornherein chronisch angelegten Entzündung aus, die in dem Bindegewebe um die Enden der Bronchien und der daneben verlaufenden Pulmonalarterien sich entwickelt und erst allmälig von hier aus in die Alveolarsepta vordringt. Die Ausfüllungsmassen der Alveolen sind als Folgen der Endperichondritis anzusehen. So beginnen die zu den verschiedensten Formen der Phthise führenden Entzündungen. 3. Eine 3. Art lobulärer Verdichtungen des Lungengewebes hat zunächst gar nichts mit Entzündung zu thun. Auf irgend eine hier nicht näher zu erörternde Weise wird das letzte Ende des Bronchus oder der Alveolargänge unwegsam. Die nächste Folge ist die, dass die etwa in den sich anschliessenden Alveolen enthaltene Luft resorbirt wird. Neue strömt nicht zu. Die Alveolen collabiren. Durch den Mangel an Luft wird das diese Alveolen durchströmende Blut nicht oxydirt. Die Stelle ist blauroth und liegt auf der Ober- oder Schnittfläche tiefer, als das umliegende Gewebe. Der intraalveoläre Luftdruck fehlt, die Capillaren dehnen sich aus; es entsteht venöse Hyperämie. In einer solchen Stelle findet keine Verdunstung mehr statt. Die Transsudation besteht aber nicht blos fort, sondern ist wegen der Dilatation der Capillaren grösser, die Stelle wird ödematös. Die Alveolarepithelien sind wegen des Collapsus in der Fläche, mit der sie aufsitzen, beengt, sie verringern ihre Basis und erheben sich nach dem

Digitized by Google

Lumen zu, d. h. sie werden cubisch, wie sie in der kindlichen Lunge waren, bevor Luft in die Alveolen eintrat. Unterstützt wird diese Metamorphose durch die starke Durchfeuchtung. Durch diese werden sie auch grösser und weicher ja die diaphanen Bläschen und Tropfen, die man in ihnen kennt, sind wohl nur das Resultat einer Intussusception von Flüssigkeit Durchfeuchtet und weicher, wird aber auch die Kittsubstanz, mit der die Epithelien angeheftet sind; sie lösen sich leichter und reichlicher ab, als es wohl schon unter physiologischen Verhältnissen geschieht. Eine Regeneration von Epithelien muss stattfinden, da trotz völliger Ausfüllung des Alveolarlumens mit abgefallenen, die Wand in continuo noch mit cubischen Epithelien bedeckt sein kann. Die Masse der abgefallenen und aufgequollenen Epithelien in Verbindung mit Transsudat dehnt das Alveolarlumen wieder aus und verringert, wenn auch wenig, die venöse Hyperämie. Solche Herde bieten jetzt makroskopisch wie mikroskopisch das Bild, das man einer acuten catarrhalischen Pneumonie unterlegt hat. Es fehlt etwa nur noch der Schleim, den man verlangen könnte. Er ist zuweilen vorhanden, aber nur in den Alveolen, die sich zunächst dem Endbronchus befinden, nie in der Peripherie der Herde. Und dann ist er auch im Endbronchus angesammelt. Hieraus geht hervor, dass er durch Aspiration in die nächsten Alveolen gelangt ist. Wir haben somit nichts von einer Entzündung, sondern nur die Consequenzen einer Unwegsamkeit des letzten Endes eines Bronchus. Dass solche Stellen zur Entzündung disponirt sind, ist leicht begreiflich. Sie beginnt dann immer im Centrum der collabirten Stelle. Die Producte der Entzündung sind aber dann dieselben, wie bei jeder exsudativen Entzündung des Lungengewebes, Eiterkörperchen und Fibrin: Dass diesen viel Epithelien beigemischt, oft ganze Epithelhaufen von dem entzündlichen Exsudat umgeben sind, ist nicht Folge der Entzündung; die Epithelien waren wenigstens zum grossen Theil schon vorher abgestossen. Einen solchen Zustand, mit oder ohne Entzündnng, Desquamativpneumonie zu nennen, hat keinen Werth sondern bringt nur Verwirrung in die Sache. Die Desquamation ist nicht Entzündung und die Entzündung nicht Desquamation. Wohl aber kann in Folge einer Entzündung Desquamation eintreten. Dies ist der Fall bei der zweiten oben angeführten Form lobulärer Herdchen. In Folge der Endperibronchitis wird durch Exsudation, Epithelabstossung, Schleimsecretion im Bronchus selbst oder durch die Behinderung von dessen Musculatur, sei es in Form von Dilatation des Endbronchus (sehr häufig), sei es in Form von Constriction desselben durch das wuchernde Gewebe um den Bronchus (seltener) das letzte Ende des Bronchus verlegt oder verstopft, und nun treten alle die oben geschilderten Consequenzen ein. Somit ist auch hier die Desquamation nicht directe, sondern ganz indirecte Folge der Entzündung, und zwar einer Entzündung, die sich zunächst gar nicht auf die Alveolarwände erstreckt, deren Epithelien sich abstossen. Greift übrigens die granulirende Entzündung auf die Alveolarwände über, so kommt es auch hierdurch wieder zu einer Epithelabstossung. Diese Processe gehören jedoch in das Capitel der chronischen und phthisischen Lungenentzündungen.

(Berl. klin. Wochenschr.)

519. Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur. Medicinische Section. Sitzung vom 29. Juni 1877.

Herr Privatdocent Dr. Berger: „Neuropathologische Mittheilungen."

a) Zur Symptomatologie der Tabes dorsualis. Fast alle bisherigen Angaben über das Verhalten der cutanen Sensibilität bei der Tabes dorsualis stimmen darin überein, dass in den früheren Krankheitsstadien vorzugsweise der eigentliche Tastsinn (Drucksinn, Raumsinn) objective Störungen darbietet, bei relativer oder absoluter Integrität der Schmerz- und Temperatur-Empfindlichkeit.

Digitized by Google

Dem gegenüber hält der Vortragende nach zahlreichen Untersuchungen eine andere Form der partiellen Empfindungslähmung für bei Weitem häufiger, und insoweit für pathognostisch, als er sie bisher niemals bei cerebralen und peripheren Anästhesien beobachtet hat. Es handelt sich um eine eigenthümliche, den Kranken selbst nicht bewusste Störung des Schmerzgefühls. Bei vollständig oder wenigstens nahezu vollständig normalem Verhalten der Berührungsempfindlichkeit, des Druck- und Temperatursinns, zeigt eine Prüfung der Schmerzempfindlichkeit, dass zwar Reize von geringer Intensität (z. B. oberflächliche Nadelstiche) in durchaus normaler Weise, nicht nur als Tasteindrücke, sondern in der That als leicht schmerzhaft percipirt werden, — dass dagegen bei anwachsenden Reizen ein auffallendes Missverhältniss besteht zwischen der Reiz- und Empfindungsgrösse. Man kann solchen Kranken die Nadel tief in die Musculatur hineinsenken, eine Hautfalte quer durchstechen, die Haut mit der Pincette zusammendrücken, die Haare herausreissen etc., ohne dass eine Schmerzreaction erfolgt und die Kranken sind von diesem höchst auffallenden Torpor ihres Gemeingefühles nicht wenig betroffen, wenn sie von der Intensität des einwirkenden Reizes nachträglich Kenntniss nehmen. Bei normalem Schwellenwerth des Gemeingefühles findet sich also eine hochgradige Analgesie, die eben deshalb nur durch eine objective Untersuchung constatirt werden kann, weil sie sich nur excessiven Reizen gegenüber kund gibt, so dass man bei der explorativen Anwendung nur mässiger Schmerzreize zu der Annahme verleitet wird, dass die Schmerzempfindung völlig intact sei. Bisweilen combinirt sich mit dieser charakteristischen Form cutaner Analgesie auch eine analoge Störung der tieferen Gebilde. — Die betreffende Anomalie des Schmerzgefühls hat der Vortragende bereits seit Jahren als ein den frühesten Stadien der Tabes mit einer fast an Regelmässigkeit grenzenden Häufigkeit zukommendes Symptom kennen gelehrt, und ist zahlreichen Fällen gegenüber in der Lage gewesen, im späteren Verlaufe der Jahre die gestellte Diagnose bestätigt zu sehen. Sie findet sich ganz besonders in dem „Stadium der blitzartigen Schmerzen", oft zu einer Zeit, wo neben den Sensibilitätsstörungen keinerlei weitere Symptome vorhanden sind. Daraus resultirt ihre semiotische Bedeutung. In einer späteren Krankheitsperiode begegnet man ihr nicht so häufig; sie hat sich dann oft mit mannigfaltigen anderen Sensibilitätsanomalien combinirt. Das geschilderte Phänomen findet sich zumeist an den unteren Extremitäten, sowohl an Fuss- und Unterschenkel, als am Oberschenkel, gewöhnlich in grosser Ausdehnung, seltener nur an umschriebenen Stellen; zuweilen auch an ausgedehnten Hautgebieten des Rumpfes und der oberen Extremitäten, oder sogar an der gesammten Hautoberfläche. In den sehr seltenen Fällen der letzten Art kann sich die Analgesie auch auf die zugänglichen Schleimhäute und die subcutan gelegenen Theile (Muskeln, Knochen, Gelenke) erstrecken, so dass es geradezu unmöglich ist, dem Patienten überhaupt das Gefühl des Schmerzes zu erzeugen. In manchen Fällen, in welchen die geschilderte Sensibilitätsanomalie mit grösster Sicherheit nachgewiesen werden konnte, war nach längerer Prüfung (mit intensiven Schmerzreizen) sofort eine weit bessere Schmerzempfindlichkeit an ihre Stelle getreten, jedoch fast stets nur für einen kurzen Zeitraum. Viele Kranke klagten nach der Untersuchung über lange anhaltende Nachempfindungen, meist ziemlich schmerzhaftes Brennen in den vorher geprüften Hautpartien. — Mit Zugrundelegung der Schiff'schen Lehre von der spinalen Empfindungsleitung scheint das geschilderte Phänomen auf eine der Tabes eigenthümliche initiale Läsion der grauen Substanz hinzuweisen. — In zweiter Reihe sprach der Vortragende über die diagnostische Bedeutung der visceralen Neuralgien im Verlaufe der Tabes. Neben der häufigsten Form derselben, der „Gastralgia spinalis" wird als ein bisher nirgends erwähntes Symptom, eine „Hyperemesis spinalis" (ohne gastralgische Beschwerden), besonders hervorgehoben. Schliesslich wird auf die semiotische Bedeutung der Enuresis nocturna — als

Digitized by Google

eines bisweilen allen andern Erscheinungen Jahre lang vorausgehenden Symptoms — die Aufmerksamkeit gelenkt. —

b) Ueber den „Magenschwindel“. Der Vortragende berichtet über einen von ihm beobachteten Fall, der sich durch seine Acuität und Heftigkeit auszeichnete und dadurch das Bild eines schweren Hirnleidens vortäuschen konnte. Es handelt sich um einen Arzt, bei dem plötzlich intensive Schwindelempfindungen aufgetreten waren, der Art, dass der Kranke bei ruhiger Horizontallage völlig frei davon war, dagegen sofort unter heftigem Schwindelgefühl zu schwanken anfing, sobald irgend welche active oder passive Körperbewegungen ausgeführt wurden. Die Locomotion war dadurch völlig unmöglich geworden. Bei dem Mangel anderweitiger cerebraler Symptome (es bestand nur eine sehr lebhaft gesteigerte Reflexerregbarkeit) und da die Untersuchung neben stark belegter Zunge und anhaltender Dyspepsie, der mehrmaliges Erbrechen vorausgegangen war, überdies einen leichten Icterus der Conjunctiva ergab und ferner berichtet wurde, dass einige Tage zuvor Gallenfarbstoff im Urin constatirt worden war, erschien die Annahme eines „Magenschwindels“ (Gastroduodenalcatarrh) gesichert. Die darauf eingeleitete einfache Therapie (Rheum mit Natr. bicarbon.) beseitigte binnen Kurzem die heftigen Beschwerden. Doch blieb für längere Zeit Neigung zum Schwindel bestehen. Von Interesse ist, dass der betreffende College vor Kurzem dem Vortragenden seinen Bruder zuführte, der bereits seit mehreren Jahren an einem chronischen sehr ausgeprägten Magenschwindel leidet. —

c) Der Vortragende bespricht auf Grund einer grösseren Zahl eigener Beobachtungen eine dem kindlichen Alter eigenthümliche Sprachstörung, die er mit dem Namen der angeborenen Bulbärparalyse bezeichnet. Es handelt sich um Kinder im Alter von 3—9 Jahren, mit vollständig normal entwickelter Intelligenz und völlig gesundem Gehör, die fast gar nicht, oder wenigstens nur höchst mangelhaft sprechen lernen. Eine eingehendere Analyse der Fälle ergibt, dass es sich um eine Paralyse oder Parese der für die Articulation und Deglutition erforderlichen Bulbärnerven handelt. Zuweilen bieten die kleinen Patienten das ausgesprochenste Bild der Bulbarparalyse, in anderen Fällen ist das eine oder andere Symptom weniger ausgeprägt, immer aber kann mit grösster Präcision der Nachweis werden, dass die Sprachstörung auf einer gehemmten Function des bulbären Articulationsmechanismus beruht. Bisweilen ist eine gleichzeitige Paresis einer Körperhälfte vorhanden. Von besonderem Interesse erscheint es, dass der Vortragende in einer neuropathisch sehr belasteten Familie mehrere Geschwister mit derselben Affection beobachtete und dass diese in einem anderen Falle mit angeborener Schwimmhautbildung und Defect einzelner Phalangen der rechten Hand, sowie mit Mangel der rechtsseitigen Brustmuskeln combinirt war. — Der geschilderten Störung liegt offenbar eine Entwickelungshemmung des bulbären Lautcentrums zu Grunde und man muss demgemäss neben der progressiven und acuten Form der Bulbärparalyse noch eine congenitale unterscheiden. In zwei Fällen erschien eine längere Zeit fortgesetzte elektrische Behandlung von günstigem Einflusse. Auch kann es zu einer sehr allmälich, im Laufe mehrerer Jahre sich vollziehenden spontanen Besserung kommen.

d) Herr Dr. Berger demonstrirte einen in mehrfacher Beziehung bemerkenswerthen Fall von halbseitiger atrophischer Spinallähmung Erwachsener („Poliomyelitis anterior subacuta“). Der jetzt 34jährige, den gebildeten Ständen angehörige Kranke, frei von jeder hereditären Belastung, bemerkte ohne nachweisbare Ursache zuerst vor circa zwei Jahren eine Schwäche des linken Fusses, mit dem er während des Gehens häufig nach Aussen umknickte. Nach Ablauf von sechs Monaten hatte sich eine totale Lähmung der Gesammtmusculatur des linken Unterschenkels entwickelt, wobei zuerst die an der vorderen äusseren Seite desselben gelegenen Muskeln und erst später die Wadenmusculatur ergriffen

Digitized by Google

worden waren. Indess hatte sich die motorische Schwäche auch auf die höher gelegenen Muskelgebiete des linken Beines ausgedehnt. Drei Monate nach dem Beginne der Parese war eine allmälich fortschreitende Massenatrophie der gelähmten Muskeln mit lebhaften fibrillären Zuckungen derselben in die Erscheinung getreten, zuerst am Unterschenkel, dann am Oberschenkel und Hüfte. Vor $^1/_2$ Jahre war auch die linke obere Extremität von dem Leiden befallen worden, wo sich jedoch keine eigentliche Lähmung, sondern eine von der Hand nach der Schulter aufwärts schreitende, die verschiedenen Muskelgebiete nahezu gleichmässig betreffende Atrophie mit entsprechenden Functionsstörungen der Motilität entwickelt hatte; letztere zeigten sich zuerst am kleinen Finger, dann am Daumen und später an den übrigen Fingern. Von subjectiven Sensibilitätsstörungen ist nur intensiver Algor des linken Fusses und Unterschenkels hervorzuheben; nur selten waren mässige Schmerzen im linken Bein und in der linken Schulter vorhanden. Bisweilen, besonders in der Nacht, schmerzhafter Wadenkrampf, übrigens auch rechterseits und beim Clavierspiel häufig tonischer Krampf der linksseitigen Finger. — Der vom Hause aus anämische und muskelschwache Kranke bietet das Bild einer sehr hochgradigen Hemiatrophie der linken Extremitäten, wobei fast gleichmässig die Gesammtmusculatur betheiligt erscheint; im Besonderen aber das Eingesunkensein der Interossealräume und die Abflachung des Daumen- und Kleinfingerballens hervortreten. Lebhaft flimmernde fibrilläre Muskelzuckungen nicht nur an den atrophischen Extremitäten, sondern allenthalben auch an den Extremitäten der rechten Seite und am Rumpfe. Die atrophische Musculatur ist auf Druck ausserordentlich empfindlich. Gegenüber den nur der Atrophie entsprechenden Functionsstörungen des Armes zeigt das linke Bein neben der Muskelatrophie hochgradige Lähmungen. Die Willkürbewegungen des Fusses und der Zehen sind absolut aufgehoben; ebenso die Beugung des Unter- und Oberschenkels und die Rotation des letzteren nach Aussen und Innen; die übrigen Bewegungen sehr paretisch. Nirgends Muskelspannungen. Wegen der Paralyse des Iliopsoas Unmöglichkeit den Rumpf aus der liegenden Stellung zu erheben. Die Prüfung der Sensibilität ergibt eine nur geringe Herabsetzung der Temperatur- und Schmerzempfindung an den erkrankten Extremitäten bei normalem Tastsinn. Cutane Reflexerregbarkeit am linken Bein fast aufgehoben; am linken Arm erhöht. Patellarreflexe beiderseits lebhaft. Achillessehnenreflexe nicht vorhanden. Ein sehr auffallendes Phänomen ist eine enorme Steigerung der Reflexerregbarkeit des rechten (z. Z. normalen) Armes. Cutane Reizung an den verschiedensten Körperstellen, besonders auch Druck der schmerzhaften atrophischen Musculatur, lösen eine blitzähnliche brüske Reflexzuckung aus, wobei der Vorderarm gebeugt und der Oberarm an den Rumpf adducirt wird, so dass Vorderarm und Hand mit rücksichtsloser Gewalt an die Brust anschlagen. Von manchen Stellen aus (bes. der rechten Körperhälfte) erfolgt eine andere Form der Reflexbewegung, der Art, dass der im Ellbogengelenk maximal gebeugte Arm nach hinten geschleudert wird. Bei starken Reizen participiren, jedoch mit geringerer Intensität, auch der linke Arm und zuweilen auch das rechte Bein, während die linke Unterextremität stets in Ruhe bleibt. Besonders beim Augenschluss des Kranken gesellt sich zu diesen excessiven Reflexstössen noch ein forcirtes Rückwärtsschleudern des Kopfes. Ueberhaupt werden dadurch die Reflexphänomene noch gesteigert, wohl deshalb, weil dann jede auch unbeabsichtigte Hemmung von Seiten des Kranken wegfällt. — Die elektrische Reizbarkeit (faradische und galvanische) ist an den gelähmten Theilen hochgradig herabgesetzt, sowohl bei directer, als indirecter Reizung; in sehr auffallender Weise auch an der rechtsseitigen Unterschenkelmusculatur, obgleich diese bis auf die fibrillären Zuckungen normal erscheint. Am linken Arme nur mässige, der Atrophie proportionale Abnahme der elektrischen Contractilität. — Keinerlei cerebrale Symptome; Uro-Genitalorgane frei von jeder Störung. — Der Vortragende

Digitized by Google

bespricht den vorgestellten Fall in diagnostischer Beziehung und hält die Verlegung des anatomischen Ausgangspunktes der Krankheit in die grauen Vordersäulen des Rückenmarkes für mindestens höchst wahrscheinlich Die so enorme Steigerung der Reflexerregbarkeit des rechten Armes kann zu Gunsten dieser Annahme in so weit verwerthet werden, als sie — beim Ausschluss einer anderweitigen Ursache — auf eine Reizung der spinalen Reflexapparate hinweist, welche eben durch den daselbst supponirten irritativen Process bedingt wird. Die mangelnde Reflexbeweglichkeit des linken Beines erklärt sich durch die weit vorgeschrittenere Läsion des linken Vorderhornes im Lumbaltheil des Rückenmarkes. — Die Scheidung des vorliegenden Krankheitsbildes von der progressiven Muskelatrophie ist schon wegen der differenten Prognose von grosser praktischer Bedeutung, da bei der atrophischen Spinallähmung eine Besserung möglich ist. Der vorgestellte Fall ist u. A. ganz besonders deshalb von Interesse, weil hier der im Lendenmark beginnende Process zwar eine atrophische Lähmung des Beines zur Folge hatte, bei seiner allmälichen Propagation nach aufwärts aber im Cervicaltheil zu einer Läsion des linken Vorderhorns führte, die ihren klinischen Ausdruck in einem mehr der progressiven Muskelatrophie entsprechenden Bilde an der linken oberen Extremität gefunden hat.

Sitzung der medicinischen Section am 13. Juli 1877. Herr Professor Dr. Cohnheim berichtet über Versuche, welche er in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Salomonsen aus Kopenhagen über künstliche Tuberculose angestellt hat.

Da in den früheren Experimenten es zweifelhaft geblieben war, ein wie grosser Antheil an der Erzeugung der artificiellen Tuberculose der Kaninchen und Meerschweinchen der abscedirenden Entzündung mit Eiterdickung zuzuschreiben sei, welche der Inoculation tuberculösen Materials so regelmässig zu folgen pflegt, so wählten die Vortragenden als Versuchsfeld die vordere Kammer des Auges. Wenn sie Kaninchen mittelst eines Linearschnittes kleine Partikel tuberculöser Substanz in die vordere Kammer brachten, so entstand lediglich eine geringe, durch Atropineinträufelungen leicht zu beherrschende Kerato-Iritis, sofern vermieden war, dass in dem Impfmaterial sich bereits faulige Zersetzung eingestellt hatte. Die Augen wurden in wenigen Tagen wieder vollkommen klar und blieben so mehrere Wochen hindurch, bei völlig ungetrübtem Allgemeinbefinden der Versuchsthiere; die eingebrachten Stücke wurden inzwischen immer kleiner, so dass öfters nur minimale Reste davon übrig blieben. Plötzlich erschienen eines Tages im Gewebe der Iris ein oder einige, kaum vom blossen Auge, dagegen mittelst der Lupe sehr deutlich erkennbare hellgraue Knötchen, die nun im Laufe der nächsten Tage an Grösse zunahmen, dabei im Centrum weiss wurden und dann sehr evident über die Iris prominirten; zugleich wuchs ihre Zahl mit jedem Tage, so dass in einzelnen Augen 30, 40 Knötchen und mehr gezählt wurden. Inzwischen schwoll die Iris selbst beträchtlich an und wurde intensiv geröthet. In diesem Zustande hielten sich die Augen eine Weile; dann gab es zuerst Hypopion, es entwickelt sich eine vasculöse Keratitis mit Keratomalacie, Keratoconus und Keratoglobus, bis nach Ablauf von circa 4 Wochen nach der ersten Knötcheneruption die Hornhaut durch einen dichten Pannus ganz undurchsichtig geworden war Gegenüber diesem gewöhnlichen Verlauf geschah es einige Male, dass eine schwere Iritis das Erste war, was nach Ablauf der Latenzperiode zur Beobachtung kam, erst in der entzündeten Regenbogenhaut entstanden etliche Tage später die charakteristischen Knötchen. Der häufigste Termin des Ausbruchs der geschilderten Störungen war der Anfang der vierten Woche nach der Inoculation; bei einzelnen Thieren stieg die Latenzperiode indess bis zum 30. Tage. Bei Meerschweinchen erwies sie sich dagegen erheblich kürzer; schon am Anfang der dritten Woche stellte sich hier die Eruption der Knötchen und Iritis nebst Keratitis ein. Bei Benutzung geeigneten wirksamen Materials misslangen die Versuche nur äusserst selten, einmal z. B auf

Digitized by Google

dem einen Auge eines Kaninchens, bei dem auf dem andern die reichlichste Knötcheneruption geschah. Wirksam erwiesen sich graue und käsige Knoten aus menschlicher. chronischer und acuter Miliartuberculose, käsige Partikel aus exstirpirten menschlichen scrophulösen Halsdrüsen, Knötchen von Impftuberculose der Meerschweinchen und Kaninchen; dagegen unwirksam verkäste Krebsknoten, knötchenfreie Muskelstücke von einem tuberculösen Meerschweinchen, einfaches Lymphom und — soweit sich bisher urtheilen lässt — locale (Gelenk-) Tuberculose. Die mikroskopische Untersuchung der Knötchen ergab durchaus denselben Befund, wie ihn Miliartuberkel jungen Datums beim Menschen gewöhnlich darzubieten pflegen. Eine über das Auge hinausgreifende, vollends allgemeine Infection der Versuchsthiere wurde bislang nicht beobachtet, auch nicht nach Impfung mit demselben Material, welches bei Meerschweinchen und Kaninchen von der Bauchhöhle aus eine sehr verbreitete Tuberculose erzeugte. Aus diesen Versuchen scheint sich den Vortragenden schon jetzt mit voller Sicherheit zu ergeben, 1. dass die Impftuberculose sich durchaus unabhängig von einer traumatischen Entzündung entwickelt, und 2. dass die Impftuberculose ein Incubationsstadium, beim Kaninchen von etwas mehr als drei Wochen hat.

Herr Privat-Docent Dr. Weigert spricht über acute allgemeine Miliartuberculose. Während man im Allgemeinen der Ansicht ist, dass Lungenphthise und acute allgemeine Miliartuberculose nicht nur eng zusammen gehören, sondern dass letztere verhältnissmässig häufig das Endstadium der ersteren darstellt, hat der Vortragende in der ihm bekannten Literatur keinen ausführlich mitgetheilten Fall finden können, in welchem die beiden Krankheiten gemeinsam vorkommen (wenn man die „schieferigen Indurationen" nicht zur Phthise rechnet). Er selbst hat seit Jahren auf dieses Verhältniss geachtet und unter einigen zwanzig Fällen, von denen er protokollarische Aufzeichnungen besitzt, ist nur ein einziger mit gleichzeitiger Phthise gewesen. Bei diesem war aber ein solitärer Herztuberkel vorhanden, von dem aus die Dissemination erfolgt sein dürfte Diese auffallende Erscheinung ist nicht so zu verstehen, dass Phthise vor acuter allgemeiner Miliartuberculose schützte, denn dann dürften beide Krankheiten überhaupt nicht zusammen vorkommen, sondern nur so, dass die Phthise nicht den Grund für eine acute allgemeine Dissemination des Tuberkelagens abgibt. Er bemerkt noch, dass er in den letzten Jahren ganz regelmässig auch im Herzen (und zwar an ganz bestimmten Stellen) bei acuter allgemeiner Miliartuberculose Tuberkelknötchen beobachtet habe, entgegen der sonstigen Annahme, die ein solches Vorkommniss zwar nicht leugnet, aber für sehr selten hält. Auch im Pankreas hat er mehrere Male derartige Knötchen gefunden. Endlich erwähnt er noch eines Falles, bei welchem in die Vena anonyma dextra eine tuberculöse Lymphdrüse hineingewuchert war, die die Intima mit in die tuberculöse Degeneration hineingezogen hatte. Gleichzeitig bestand Meningitis tuberculosa.

Herr Prof. Dr. Hermann Cohn sprach über Augendrainage bei Netzhautablösung. Bisher gehöre die Ablösung der Netzhaut, besonders bei hochgradiger Kurzsichtigkeit, zu den unheilbaren Augenleiden. Der Vortragende sah unter 20.000 Augenkranken, im Laufe von 10 Jahren, 191 Fälle, d. h. etwa 1%. Sichel, Kittel und Arlt versuchten durch Einstich in die Sclera die Krankheit zu heilen; von Graefe rieth vor 20 Jahren, nicht die Sclera, sondern die Netzhaut zu durchschneiden, damit der intraoculäre Druck nicht herabgesetzt und eine Communication zwischen Glaskörper und subretinaler Flüssigkeit hergestellt werde, fügte aber bald hinzu, dass die oft eclatante und unmittelbare Besserung nicht zu halten scheint. Die Zerschneidung der Netzhaut wurde seitdem von bedeutenden Operateuren (Pagenstecher, Arlt, Hasner) in mehreren Fällen mit traurigem Ausgange in Folge von Cyclitis und Glaskörperentzündung ausgeführt und ist in den letzten Jahren so sehr in Misscredit gerathen, dass sie unter 19.994 Augen-

Digitized by Google

operationen, die im Jahre 1874 in 28 Augenkliniken ausgeführt wurden, nur 8 Mal, unter 16.334 Operationen, die im Jahre 1875 in 41 Anstalten specificirt wurden, nur 12 Mal figurirt. Erfolg sah nur einmal Rothmund, einmal Höring und viermal partiell Secondi in Genua. — Durch innere Mittel, Druckverband und Dunkelcur sah der Vertragende, Dr. Lasinski und Samelsohn einige Fälle heilen; doch sind diese ganz exceptionell. Vor einem halben Jahre schlug nun v. Wecker in Paris vor, das Auge zu drainiren, h. h. durch die Sclera unter der Netzhautablösung einen doppelten goldenen Faden zu ziehen und durch diese capillare Rinne der Flüssigkeit Gelegenheit zu geben, beständig auszusickern; er wendete diese Methode in 26 Fällen an; doch fehlen Krankengeschichten und Endbefunde. Der Vortragende hat nur in vier Fällen von Ablösung bei höchster Kurzsichtigkeit (M 10 bis M 12) die Drainage des Auges versucht und erhielt in allen einen trefflichen, unmittelbaren Erfolg. Die Pariser Instrumente sind sehr gut, nur müssen die Punctionsnadeln länger scharf geschliffen und der Golddraht noch feiner sein. Es zeigte sich: 1. Das menschliche Auge kann Monate lang einen goldenen Draht von 1 Ctm. Länge ohne die geringste Reaction und Beschwerde in sich tragen. 2. Durch denselben wird meist sofort die Ablösung der Netzhaut beseitigt, jedenfalls verringert, selbst nach dreijährigem Bestehen der Krankheit. 3. Die durch Drainage wieder angelegte Netzhaut wird sofort wieder perceptionsfähig, selbst nach dreijähriger Unthätigkeit, so dass das Gesichtsfeld die Ausdehnung erhält. 4. Trotz der Anlegung der Netzhaut kehrt nur der Raumsinn, nicht aber der Lichtsinn und nicht der Farbensinn wieder. Die bei Ablösung blaublinden und grünblinden Augen blieben blau- und grünblind. 5. Nach einiger Zeit findet man wieder eine Ablösung, aber eine viel flachere, rugöse, randständige, nicht mehr eine blasige; durch leichte Bewegungen des Golddrains kann auch diese wieder verkleinert werden. Besonders scheint die Drainage zur Vernichtung subretinaler Cystercercen empfehlenswerth. Eine Entzündung des Auges oder Schädigung des noch vorhandenen Sehvermögens wurde nie beobachtet; die Methode darf also als nützliches und ungefährliches Adjuvans bei Anwendung von Dunkelcur, Ableitungen, Druckverband und Rückenlage empfohlen werden.

(Dtsch. Ztschr. f. prakt. Medic.)

520. Gesellschaft der ärztlichen Gesundheitsbeamten in London. Bei einer Versammlung der ärztlichen Gesundheitsbeamten am 20. April 1877 beschäftigte man sich mit der Frage der Desinfection, welche Dr. Baxter in einem Vortrage vom theoretischen Standpunkte beleuchtete. Er theilte die Desinfectionsmittel in zwei Arten: 1. In diejenigen, welche die Lebenskraft der Organismen, auf welche sie einwirken, zerstören, und 2. in diejenigen, welche nur die Fäulniss abhalten. Es muss deshalb zwischen wirklichen Desinfectionsmitteln und zwischen fäulnisswidrigen oder antiseptischen Mitteln unterschieden werden. So nennt man Carbolsäure ein Desinfectionsmittel; sie wirkt aber erst dann als solches, wenn sie im Verhältniss von 2 Procent wirklicher Säure mit dem Ansteckungsstoffe gemischt wird. Der Werth eines Desinfectionsmittels lässt sich a) durch Beobachtung, b) durch Experiment feststellen. So wurde z. B. bei einem Ausbruch des gelben Fiebers im jüdischen Waisenhause durch ausgiebige Benutzung von Carbolsäure, durch Schwefeln und Waschen der Räume der Krankheit Einhalt gethan, während sie in den anstossenden Häusern, wo diese Vorsicht nicht geübt wurde, noch beträchtliche Zeit hindurch neue Opfer forderte. Durch Versuche stellte Crace Calvert die Wirksamkeit verschiedener Desinfectionsmittel fest, indem er Eiweisslösungen mit Säuren, Alkalien, übermangansaurem Kali, Zinklösungen und anderen metallischen Salzen, Carbol- und Kresyl-Säure mischte. Er wies nach, dass nur die beiden letztgenannten wirklich antiseptische Mittel sind, und dass das thierische Leben durch Hitze, Zinkchlorid und

Digitized by Google

Quecksilberbichlorid getödtet wird. Will man also der Ansteckung wirksam vorbeugen, so genügt die Benützung antiputrider Stoffe nicht, sondern man muss wirklich keimtödtende Mittel zur Anwendung bringen. Dr. Baxter wies hiebei auf die Schwierigkeit des Experimentes hin, da man das Gift der meisten übertragbaren Krankheiten (ausgenommen das Pockengift) nicht kennt und nicht für sich allein zu erhalten vermag. Mit Bezugnahme auf die Versuche von Heller, Braidwood und Vacher wurde des Einflusses der Hitze, des Chlors, des übermangansauren Kali, der Carbol- und Schwefelsäure auf das Impfgift gedacht. Heller fand, dass die Lymphe nach Austrocknung bei 100° C. oder nach Zusatz von 2 % Carbolsäure ihre Ansteckungskraft verliert; während die englischen Forscher zu dem Schluss kamen, dass bereits eine trockene Hitze von 65° C. hinreicht, die Lebenskraft des Impfstoffes zu zerstören. Dr. Baxter glaubte die Ursache des abweichenden Ergebnisses darin finden zu müssen, dass der erstere Forscher den Impfstoff auf Stäbchen, letzterer aber in Röhren aufbewahrte. Der Vortragende führte an, dass die Widerstandskraft der Keime gegen die angewendeten Mittel eine sehr verschiedene ist, — dass Alkalien die Entwickelung mikroskopischer, thierischer Gebilde begünstigen, Säuren dieselben verzögern, — und erklärte schliesslich, als Ergebniss zahlreicher Beobachtungen, trockene Hitze von über 120° C. und schwefelige Säure für die besten keimtödtenden Mittel.

Dem folgte ein Vortrag von Dr. Scaton über die praktische Ausführung der Desinfection und über Einwirkung der verschiedenen chemischen Mittel und der Hitze auf inficirte Gegenstände. Er betrachtete die Desinfection unter drei Gesichtspunkten: 1. in ihrer Anwendung während der Krankheit, — 2. nach Beendigung der Krankheit, und 3. in Bezug auf die betheiligten Personen. Luftförmige Desinfectionsmittel hält er für nutzlos, ja für nachtheilig. Inficirte Wäsche soll ebenso wie Excremente und Sputa mit Wasser, welches 2% Carbolsäure enthält, behandelt werden. — Inficirte Gegenstände werden am besten durch Einwirkung eines Hitzegrades von 110 bis 120° C. gereinigt. Dr. Scaton empfahl zu diesem Zweck den Apparat des Dr. Ransome, und legte einen Plan desselben zur Ansicht vor, wie er in Nottingham ausgeführt ist. Betten und Matratzen müssen der Hitze 6 bis 7 Stunden lang ausgesetzt werden, während für Bettleinen und Kleidungsstücke die Dauer von 3 Stunden genügt.

Bei dem nun folgenden Meinungsaustausche sprach Dr. Ransome die Ansicht aus, dass, wie jede Würmerart ihre besondere Behandlung verlangt, wahrscheinlich auch bei jeder Krankheit ein besonderes Desinfectionsverfahren angewendet werden müsse. — Herr Liddle erwähnte die Unwirksamkeit der Desinfection mit Carbolsäure bei der Rinderpest und glaubt, dass sie nur die Entwickelung der Keime aufhält, nicht aber tödtet. — Dr. Tripe berichtete, dass über 7000 Kleidungsstücke und Betten in dem Heissluftapparat in Hackney während der gegenwärtigen Epidemie desinficirt und nur 8 Gegenstände dabei beschädigt wurden. Er erinnerte auch an einige Fälle, in denen die Impfung noch wirksam mit einer Lymphflüssigkeit vollzogen worden war, nachdem durch Filtriren die Zellen entfernt waren. — Der Vorsitzende, Dr. Buchanan, bemerkte, dass die Desinfection, wie sie jetzt ausgeführt wird, nur als ein Versuch angesehen werden kann, und dass die keimtödtende Kraft nicht nothwendig gleichbedeutend mit dem Desinfectionsvermögen sein müsse, worauf Dr. Baxter zum Schluss noch anführte, dass Gerinnung des Eiweiss nicht die Ursache der Beseitigung der Infection sein könne, da es nachgewiesen ist, dass bereits eine niedrigere Temperatur, als sie zur Eiweissgerinnung nöthig ist, die ansteckende Eigenschaft des Impfgiftes beseitigte. (Gesundheit.)

Digitized by Google

521. **Sechster Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.** Dr. Ziemssen (Wiesbaden): „Ueber die Behandlung der constitutionellen Syphilis."

Er führt zunächst aus, dass dieselbe nicht Specialisten zu überlassen sei, da sie alle Organe betreffe; wenn sie auch ihrem eigentlichen Sinne nach in's Bereich der inneren Medicin gehöre, so erfordern doch die Mehrzahl ihrer Symptome die Hilfe der Chirurgen. Die Besprechung der Therapie wird begründet durch die grosse Meinungsverschiedenheit der Aerzte. Das dem Vortragenden zu Gebote stehende Material bilden 11—1200 Fälle, die derselbe in den letzten 8—9 Jahren in der Privatpraxis behandelte, fast alle den schwereren und schwersten Formen der Lues angehörig. Als Fundamentalsatz stellt der Vortragende hin: eine Behandlung, die mit absoluter Sicherheit zur Heilung der constitutionellen Krankheit führt, existirt nicht. Dieser Satz zugegeben, ist jede Behandlung in erster Reihe eine symptomatische und diejenigen Curen sind vorzuziehen, die den Körper bei gleichzeitiger Beseitigung des einzelnen Symptoms am wenigsten insultiren. Die grössere oder geringere Häufigkeit der Recidive ist erst in zweiter Reihe zu berücksichtigen. Speciell zum chirurgischen Theil übergehend bespricht Vortragender die gleichzeitige locale Behandlung der einzelnen Symptome der Lues. Dieselbe wurde früher und wird auch jetzt noch häufig vernachlässigt, ja sogar widerrathen, weil durch die gleichzeitige locale Behandlung die Beurtheilung der allgemeinen Behandlung beeinträchtigt werden solle. Seit dem Jahre 1869 hat Vortragender diese Behandlung consequent durchgeführt, in derselben eine wesentliche Unterstützung und Abkürzung der Cur gefunden, ja in einzelnen Fällen erst durch sie das vorliegende Symptom beseitigen können, wie an verschiedenen Krankengeschichten ausgeführt wird. Diese Behandlung betrifft nicht nur die Reinhaltung und chirurgische Pflege der Ulcerationen, sondern z B. auch das Auskratzen mit dem scharfen Löffel, Excision ausgedehnter Sclerosen, Incision und Entleerung der Gummata, Entfernung necrotischer Knochentheile. — Eine im 5. Monat der Schwangerschaft entfernte Maxilla sup. wird vorgezeigt; die Mutter gebar später ein gesundes Kind. Nur vor einem chirurgischen Verfahren wird gewarnt, nämlich Application des Fricke'schen Verbandes bei Sarcocele syph., da durch die Hyperplasien die Reaction bei zu starkem Drucke ausbleibe und mithin leicht Gangrän einträte. Gewarnt wird ferner vor chirurgischem Eingriff ohne gleichzeitige Allgemeinbehandlung, zu der man durch die bisweilen beobachtete Localisation der Lues verführt werden könne. Dieser Eingriff zeigte sich besonders gefährlich bei Ozaena syphil. und bei plastischen Operationen. Wenn die locale Behandlung allein trotzdem empfohlen wird, beruht dies auf unrichtiger Bezeichnung; z. B. ist die Heilung einer Fistel, die durch Zerfall eines Gummas oder einer Drüse entstanden ist, doch nicht als Heilung der Lues zu bezeichnen, wenn dieselbe auch indirect durch die Lues entstanden ist. Gegen die rein locale Behandlung spricht ferner die Unmöglichkeit, die localisirte Lues ohne Allgemeinbehandlung zu heilen. Von zwei einschlägigen Krankengeschichten betrifft die eine einen 72jährigen Herrn, der seit $2^1/_2$ Jahren an einer ausgedehnten Ulceration auf der linken Schulter litt. Die verschiedensten localen Mittel, auch Auskratzen, ferner 10wöchentliches Baden in Aachen waren bereits versucht; eine 4wöchentliche Inunctionscur führte bleibend zur Heilung. Die zweite Krankengeschichte betrifft einen Collegen, der sich vor 12 Jahren bei einer Operation — er rieb sich mit dem blutigen Finger am Nacken — inficirte. Von dieser Stelle aus verbreitete sich ein Knötchenausschlag, der die verschiedensten tüchtigen Chirurgen täuschen konnte, allen localen und innern Mitteln widerstand, bis ihn eine geregelte Inunctionscur dauernd entfernte. Zur Erhärtung der verschiedenen Krankengeschichten führt Vortragender stets die Namen der betreffenden vorher

Digitized by Google

consultirten Aerzte an. Zu den hauptsächlichen Arten der Allgemeinbehandlung übergehend wird ausgeführt, dass die verschiedenen als Specifica betrachteten diaphoretischen Mittel z. B. Sarsaparilla nur durch die Diaphorese wirken, die man in gleicher Stärke und Wirkung durch Trinken gleicher Quantität warmen Wassers mit nachfolgender Einwickelung erreiche. Zur Beurtheilung der als Specifica gerühmten Schwefelbäder braucht man weder die negativen Untersuchungen über Aufnahme der im Wasser gelösten Salze, noch die Schwefelwasserstoffhypothesen zu erwähnen. Die vom Chemiker und Apotheker in Aachen Hrn Dr. Wings ausgeführte Analyse hat gezeigt, dass in dem ganzen Vollbade des zum Badegebrauch auf 29° R. abgekühlten Thermalwassers, dasselbe berechnet zu 400 Liter, überhaupt nur 0,1872 Gramm Schwefelnatrium, aus dem sich ja der Schwefelwasserstoff entwickelt, enthalten ist. Diese eine Zahl genügt, um den Namen Schwefelbad illusorisch zu machen. Der Vortrag wurde hier unterbrochen durch die Bemerkung des stellvertretenden Präsidenten Herrn Esmarch, dass die statutenmässige Zeit von 20 Minuten bereits überschritten sei.

Dr. Menzel aus Triest: Ueber einen Fall von Spermatocele, in welchem die directe Communication mit dem Hoden nachweisbar war. Presste man den letzteren zusammen, so fand man die Cyste und dieselbe wurde beim Nachlassen des Druckes sehr schlaff. Interessant wurde der Fall dadurch, dass er die Entwicklungsgeschichte der Samenfäden zu beobachten gestattete. Die Samenzellen sind sehr gross, kolossal, besitzen in ihren Protoplasmen zwei Substanzen, eine lichthelle und eine dunkle bis schwarze und zeichnen sich durch ihre lebhaften amöboiden Bewegungen aus, welche auch eine bestimmte Richtung einhalten. In bestimmten Phasen werden die grosskugligen Samenzellen spindelförmig. Das eine Ende kann dabei lang fadenförmig ausgezogen sein. Die beiden kugeligen unregelmässig fleckig vertheilten Substanzen gewinnen just eine präcisere Anordnung, schärfere Zeichnung und Abgrenzung. In welcher Beziehung dieselbe jedoch zu der weiteren Entwickelung der Spermatoiden steht, ist nicht zu ermitteln. Innerhalb dieser Samenzellen, welche durch Hinausschieben von zahlreichen Fortsetzungen ein sehr polymorphes Aussehen gewinnen können, entwickeln sich aber die Samenfäden. Neben der Verschiedenheit in der Grösse, betont Menzel ganz besonders, dass die fadenförmigen Enden der Spermatoiden Fortsätze des Kernes sind, während die Ausläufer der Samenzellen dem Protoplasma entstammen

Herr Esmarch (Kiel): Ueber das Bösartigwerden zuerst gutartiger Geschwülste und die Behandlung des Carcinoms.

Der Vortragende ging aus von Atheromen der Kopfhaut jugendlicher Individuen, aus denen er, wie aus Unterschenkelgeschwüren und Lupus des Gesichts, sich häufig Carcinom entwickeln sah. Bekannt ist ferner, dass die in neuerer Zeit oft genannte Psoriasis linguae sehr häufig bösartig wird, jene Capillarwucherung auf der Schleimhaut der Zunge und der Wangen, die im späteren Alter sehr leicht zu Carcinom Veranlassung gibt. Sehr häufig, fuhr der Vortr. fort, werden Narben mit der Zeit bösartig. Besonders werden Lupusnarben nach meiner Erfahrung in späteren Jahren sehr häufig bösartig, carcinomatös. Hier die Abbildung eines Mannes, der an Lupus gelitten hat. Er kam mit einem schauderhaften Gesicht in die Klinik, einem Thier mehr ähnlich als einem Menschen. Durch energische Zinkchloridätzungen gelang es, ihn so weit wieder herzustellen, dass der Lupus überall geheilt war, er hatte aber ein sehr elephantiastisches Gesicht. Ich machte mich an die Plastik. Ausser dem Defect der Nase war eine Zerfressung der unteren Augenlider vorhanden. Ich habe ihm allmälig eine Nase gebildet, die allerdings auch elephantiastisch dick gestaltet ist, aber seinen Lippen entsprach. Ich habe ihm zwei Augenlider gemacht aus den Schläfen. Das ging dann so leidlich, er wurde schliesslich als Kutscher verwendet, lebte eine Zeit lang

Digitized by Google

ganz vergnügt, ergab sich aber dann dem Trunke und verkam in allerlei Lastern. Sieben Jahre später bekam er ein Carcinom des einen Auges, die eine Palpebra war schon zerstört und dieses Carcinom ging so weit hinein in den Schädel, dass an eine Operation nicht mehr zu denken war. Er starb nach 2 Monaten in der Klinik. — Der zweite Fall betrifft einen meiner Jugendfreunde, einen sehr geistvollen und trefflichen Studenten der Theologie, derselbe hatte seit der Kindheit an Lupus gelitten; sein Vater war an einer tuberculosen oder scrophulosen Affection zu Grunde gegangen. Von Zeit zu Zeit vernachlässigte er sich und gab sich dann wieder von Zeit zu Zeit einer energischen Cur hin. Das erste Mal behandelte ich ihn im Jahre 1859, als er 38 Jahre alt war. Im Jahre 1862 kam er in diesem Zustande wieder; schauderhafte carcinomatöse Geschwüre hatten die Wangen und einen Theil der Unterlippe zerstört, die Brust war mit kreisrunden Geschwüren bedeckt und er ging sehr bald zu Grunde. (Der Vortragende demonstrirte nun eine Reihe ähnlicher Fälle an Abbildungen, die ohne diese unverständlich sein würden.) Nicht selten treten auch in alten Beingeschwüren Cancroide auf. Ich zeige hier drei solche Fälle, wo sich aus Narben von alten Beingeschwüren oder aus noch nicht verheilten alten Beingeschwüren solche Cancroide entwickelt haben. Ich glaube wir sind berechtigt, angesichts solcher Thatsachen die Frage aufzuwerfen, unter welchen Verhältnissen werden denn nun solche bis dahin gutartige Neubildungen oder Processe bösartig? Das wissen wir ja, dass wiederholte Reize die Gewebe bösartig machen können, z. B. dass der Missbrauch von schlechtem Tabak zum Krebs der Unterlippe häufig führt, wir wissen, dass der Russ, das Paraffin u. s. w. Krebse auf der Haut hervorrufen, dass die Malträtirung der Vagina zum Mutterkrebs führt. In vielen Fällen können wir solche häufige Reize nachweisen, aber in anderen Fällen können wir auch durch das schärfste Examen nichts aus den Patienten herausbringen. — Es drängt sich uns dann noch die Frage auf: Spielen da nicht gerade Dyskrasien eine Rolle und welche? Ich bin mir wohl bewusst, m. H., dass ich mit dem Worte Dyskrasie einen bedenklichen Ausdruck gebrauche, es ist damit ja schon so viel Unfug getrieben worden; im Ganzen aber können wir doch den Ausdruck nicht entbehren, und Jeder von Ihnen weiss, was ich damit sagen will, wenn ich von scrophulöser, von syphilitischer Dyskrasie spreche. Im Ganzen sind die Dyskrasien bis auf diese beiden zusammengeschrumpft. Ich habe noch aus manchen Erfahrungen die Vermuthung geschöpft, dass eine erbliche Dyskrasie dieser Art zu bösartigen Neubildungen disponirt. Mir scheint obige Frage sehr wichtig, aber schwer zu beantworten. Sie wissen, welche Schwierigkeiten es hat, eine genügende Ausfragung vorzunehmen in Krankheitsfällen. Wir Kliniker sind dazu meist sehr wenig geeignet, es fehlt uns in sehr vielen Fällen an Zeit und Geduld; man kommt da sehr leicht zu dem Ausspruch, den der berühmte Dermatologe Hebra gebrauchte: Ich frage die Kerls gar nicht mehr, sie lügen alle. Wenn man aber etwas Geduld hat, so kommt man doch in manchen Fällen auf sehr werthvolle diagnostische Anhaltspunkte. Ich habe mir in den letzten Jahren z. B. besondere Mühe gegeben, in Fällen von Lupus, Knochenfrass und Gelenkerkrankungen im Clinicum die Leute auf erbliche Verhältnisse zu examiniren, und gefunden, dass in den bei Weitem meisten Fällen sich eine Vererbung nachweisen lässt, was natürlich statistisch auch genauer zu eruiren wäre. Den besten Aufschluss könnten über derartige Fragen alte praktische Aerzte geben, die in bestimmten Districten lange Zeit prakticirt haben und hier eine ganze Generation haben beobachten können, ich will mal sagen die Grosseltern, Kinder und Enkel, und ein Bild bekommen von der Erblichkeit von Krankheiten innerhalb der Familie. Ich glaube es wäre von ausserordentlicher Wichtigkeit — und ich kenne Manche, die sich dafür interessiren, — wenn uns die ihre Erfahrungen in dieser Beziehung mittheilten. — Was die Behandlung der Carcinome betrifft, m. H., so steht wohl bei uns allen fest, dass viele Carcinome, viele bös-

Digitized by Google

artige Neubildungen heilbar sind, d. h. wenn sie früh genug, und radical genug exstirpirt werden; wir haben ja alle Erfahrungen in der Heilung von Carcinomen und Sarcomen; aber mit Bedauern müssen wir es aussprechen, dass in sehr vielen Fällen die Patienten viel zu spät kommen, um noch eine energische, radicale Behandlung eintreten lassen zu können. Ich stelle die Frage: was lässt sich thun, damit die praktischen Aerzte frühzeitig genug operiren oder, wenn sie nicht selbst operiren, zur Operation gehen können, um noch einen Erfolg zu haben? Es wird manche Sünde gegen die Menschheit begangen dadurch, dass man mit kleinen Mitteln gefährliche Geschwülste lange Zeit malträtirt, sie bösartig werden lässt und dann kommen sie zu uns und wir sollen grosse schwierige Operationen machen, wo wir nur mit Sorge und Kummer an die Sache herangehen und uns aus Mitleid verführen lassen, Operationen vorzunehmen, die wir nachher doch bereuen. — Ich stelle ferner die Frage, was ist zu thun in Fällen, welche überhaupt nicht mehr operirbar sind, und es wäre interessant, wenn da jeder Chirurg seine Methode mittheilen wollte. Es kommen ja sehr häufig Fälle vor, wo man sagen muss: ja da ist mit dem Messer nichts mehr zu machen; wenn wir dann die Leute wegschicken, sprechen wir ihnen das Todesurtheil. Sie kommen zum Kliniker als zur letzten Instanz; wenn der sagt, gehen Sie nur wieder nach Hause, dann kann sich solcher Patient gleich den Hals abschneiden oder sich ertränken. Wir dürfen den Leuten nicht das Todesurtheil sprechen, schon aus Barmherzigkeit nicht, wir sind verpflichtet, ihnen etwas zu verordnen, wir können es ja nicht verantworten, schon vor unseren Schülern nicht, wenn wir ihnen nichts verordnen. Wir müssen ein letztes Mittel haben, was wir für gewisse Fälle noch anwenden können. Ich erinnere mich noch sehr wohl, wie mein verehrter Lehrer Langenbeck uns in seiner Vorlesung erzählte, sein Onkel, der alte Langenbeck in Göttingen, habe einmal einer Frau, die an Lupuscarcinom gelitten, Arsenik verordnet, und die Frau, in der Meinung, dass sie doch nicht mehr geheilt werden könne, habe sich vergiften wollen und Arsenik in grossen Dosen genommen und sei hinterher wieder zum alten Langenbeck gekommen als geheilt. Seitdem verordne ich den Leuten für die in Rede stehende Krankheit, wenn ich sie für unheilbar halte, Arsenik. Der Krebs ist im Wesentlichen eine epitheliale Neubildung, und da wir längst wissen, dass jede Hautkrankheit sich durch Arsenik heilen lässt und es also einen entschiedenen Einfluss auf die Epithelialzellen haben muss — man gibt ja sogar den Pferden Arsenik, damit sie eine glatte Haut bekommen, — so liegt es nahe, Arsenik zur Heilung von carcinomatösen Neubildungen anzuwenden und zwar gleich in Maximaldosen, wenn man sich Erfolg versprechen will. Das Arsenik muss den Kampf mit der Neubildung aufnehmen, man muss den Leuten also so viel geben, dass sie sich mit Arsenik beinahe vergiften, und da habe ich denn auch in einigen Fällen allerdings wunderbare Erfolge gehabt. Ich habe es erlebt, dass ich eine Frau, die mit einem schauderhaften Carcinom am Unterkiefer, wo an eine Operation gar nicht mehr zu denken war, mit Arsenik geheilt habe. Im nächsten Semester stellte sie sich vor mit fast ganz geheilter Wunde. Das Carcinom war geschwunden, nachher kam es aber doch wieder.

Die Versuche welche in neuerer Zeit mit Arsenik bei anderen Infectionen gemacht worden sind, ermuntern auch, in vielen Fällen es mit dem Arsenik bei dem Carcinom zu versuchen. Der Ruf, dessen sich das Arsenik erfreut, datirt aus alter Zeit; es wird noch heute unter dem Namen kosmisches Pulver angewendet und das hat uns eben veranlasst, in solchen hoffnungslosen Fällen das Arsenik sehr energisch anzuwenden, und ich muss sagen, mit wunderbaren Resultaten. Hier ist z. B. eine Photographie von einer Frau, die schon als Kind scrophulös gewesen war, scrophulöse Lymphdrüsen am Halse gehabt hatte, die während der Schwangerschaft anfingen zu wuchern und sich zu einem Lupussarcom ausbildeten. An eine Exstirpation war nicht mehr zu denken, ich hätte Alles

Digitized by Google

bis auf die Wirbelsäule herausschneiden müssen. Ich schnitt die ganze Geschichte weg, so dass nur noch einige Stücke von sarcomatösen Neubildungen da waren, und legte darauf Charpie mit Eisenchlorid auf, nachher bepulverte ich sie mit einer Mischung von Morphium und Arsenik mit etwas Calomel und Zucker, einer Modification des kosmischen Pulvers. Bedenkliche Erscheinungen traten dabei nicht auf. Es bildete sich ein dicker, lederartiger Schorf, welcher sich abstiess, und es vernarbte das Geschwür bald darauf. — Dann kam eine Frau in die Klinik mit einem Brustcarcinom, es war eine Verwachsung mit den Rippen vorhanden, so dass an eine Operation ebenfalls nicht mehr zu denken war. Ich verordnete ihr innerlich Arsenik und äusserlich das Pulver, eine Mischung, ich glaube aus 0,25 Morphium, 0,25 Arsenik, 0,12 Calomel und entsprechend Zucker. Sie ging getrost von dannen mit der Weisung, sich täglich damit zu pulvern und musste zuletzt theelöffelweise das Pulver darauf schütten. Im nächsten Semester kam die Frau wieder, jede Spur von Neubildung schien verschwunden zu sein und sie gab an, dass sie nur geringe Schmerzen gehabt hätte. Also ist das Arsenik jedenfalls ein wirksames Mittel zur Zerstörung derartiger hoffnungsloser Neubildungen. Dazu kommt, dass das Arsenik antiseptisch wirkt, so dass gar kein Geruch dabei stattfindet. M. H., ich kann Sie wohl auffordern, mit diesem vorzüglichen Mittel in ähnlichen Fällen Versuche zu machen. Ich habe natürlich auch andere Mittel hinzugezogen und kann wohl sagen, dass ich von der früher so berühmten Canquoin'schen Chlorzinkpaste einige merkwürdige Erfolge gesehen habe, ebenso von der Elektrolyse. Ich habe z. B. ein mannskopfgrosses Sarcom, das von der unteren Seite des oberen Endes des Oberschenkels ausgegangen war, welches ich durch die Punction und die mikroskopische Untersuchung als kleinzelliges Sarcom erkannt hatte, durch Elektrolyse fast vollständig weggebracht — der Patient wollte nicht länger bleiben. — Es wurden nur schwache Ströme, aber sechs Stunden täglich, durchgeleitet. Nach einem Jahre kam er wieder und jede Spur von Geschwulst war weg. M. H., solche Resultate machen Einem ja natürlich sehr viel Vergnügen und setzen Einen in Erstaunen, aber auf der anderen Seite muss man angesichts dieser Methode doch die Frage aufwerfen: in welchen Fällen wirkt Elektrolyse? Welche Erfahrungen haben die Herren Collegen über die Elektrolyse gemacht? — Es gibt aber auch eine Classe von bösartigen Neubildungen, welche sich durch den Gebrauch von Jodkalium heilen lassen, und da kann ich auch einige merkwürdige Fälle anführen. Es war vor vielen Jahren, mindestens vor der Mitte der 50ger Jahre, wo aus der Langenbeck'schen Klinik die Mittheilung gemacht wurde, dass durch die Jodschmiercur in Verbindung mit dem innerlichen Gebrauch von Jodpräparaten, also durch eine grosse Zufuhr von Jod in den Körper, ein grosses Sarcom geheilt worden war. Bald darauf kam in meine Behandlung ein Mann, der ein grosses Sarcom auf der Rückseite des Oberschenkels hatte. Ich exstirpirte diese Geschwulst. Es war eine Art Myxosarcom, kleinzellig, ging aus von dem Nervus ischiadicus. Der ganze Theil wurde exstirpirt; die Wunde heilte, wie gewöhnlich, unter Eiterung. Es fingen dann die Schwellungen wieder an, es kam zu diffusen sarcomatösen Infiltrationen und ich musste mich bald entschliessen, die Exstirpation noch einmal vorzunehmen. Ich fand drei Monate nach der ersten Exstirpation eine völlige Vernarbung. Am 15. November 1858 hatte ich operirt, am 3. Februar 1859, also nach $3^1/_2$ Monaten, machte ich die zweite Exstirpation, wo die Geschwulst noch nicht so gross war. Wenige Tage später begannen diffuse, knollige Wucherungen, die ich um jeden Preis entfernen musste. Es trat eine rasche Heilung ein, die Wunde war beinahe geheilt, da fing nach 4 Wochen eine knollige Schwellung der ganzen Hinterbacke an und nun sagte ich dem Patienten, ich weiss nichts mehr, diesen ganzen Theil kann ich nicht herausschneiden, gehen Sie nach Hause. Ich gab ihm einen Brief mit an einen praktischen Arzt seines Wohnorts, der ein Studiengenosse von mir

Digitized by Google

war. Dem schrieb ich: versuche doch mal nach der Langenbeck'schen Methode dem armen Kerl Jodkalium zu geben, täglich 2—4 Drachmen, möglich, dass es noch was wird. 22 Monate nachher, nach Exarticulation des Oberschenkels, kam der Mann zu mir mit der Bitte, ihm ein künstliches Bein anfertigen zu lassen. Sie sehen seine Abbildung hier. Er brachte einen Brief mit von meinem Collegen, der mir berichtete, er habe im Ganzen 4 Pfund Jodkalium verbraucht, täglich 4 Drachmen und äusserlich auch noch Jodkalium geschmiert — aber der Mann war geheilt von einem zum dritten Male recidivirten kleinzelligem Sarcom. Ja, m. H., ich dachte: da haben wir ja ein prachtvolles Mittel für derartige Fälle. Der Mann ging mit seinem künstlichen Bein sehr vergnügt nach Hause. Nachher sind an seinem ganzen Körper multiple Geschwülste entstanden, die ihm fürchterliche Schmerzen gemacht haben; er ist denn auch sehr bald zu Grunde gegangen, also die Freude dauerte nicht lange. Nachher traf ich den Hausarzt dieses Mannes, der die Familie seit langen Jahren behandelt hatte, der sagte mir, dass in der Familie sehr häufig derartige Krankheiten vorgekommen seien, eine Schwester von diesem Manne habe einen grossen Tumor gehabt, der sei auch exstirpirt worden und nach einem Recidiv habe sie Quecksilber bekommen und sei geheilt worden. Ich erinnere mich nicht mehr genau des Falles, genug es war eine derartige Geschwulstbildung und er sagte mir auch, in der Familie sei die Syphilis zu Hause. Das drängt Einem natürlich die Frage auf: hängen nicht solche bösartigen Neubildungen bisweilen mit ihr zusammen? Unmöglich ist es nicht. Wir kennen die Producte der alten tertiären Syphilis noch nicht, es werden immer neue entdeckt und es haben diese Producte grosse Aehnlichkeit mit Sarcomen. Es ist wohl anzunehmen, dass nach den Erfahrungen der neueren Zeit manche Formen von Sarcomen und sarcomatösen Wucherungen bestehen, die in den meisten Fällen mit alter Syphilis zusammenhängen. Wir wissen zwar, dass die Psoriasis linguae allerdings in manchen Fällen, wie es scheint, durchaus nicht auf syphilitischer Basis beruht, in anderen Fällen muss man dies aber um so entschiedener annehmen. Ich habe noch im vorigen Jahre einen solchen Mann operirt, welcher viele Jahre an dieser Psoriasis gelitten hatte, wo die Zahnfleischpartie bösartig geworden war. Da er vor 30 Jahren den Chanker gehabt hatte, so liess ich ihn eine syphilitische Cur gebrauchen, damit die Neigung zu Epithelialwucherungen sich verliere. Das Ulcus rodens gehört auch zu diesen. In manchen Fällen wird man wenigstens die Vermuthung nicht unterdrücken können, dass es sich hier um eine syphilitische, wenn auch von langem Datum her sich schreibende Infection handelt; aber ich meine, dass wir darüber gar nicht disputiren können, wenn wir nicht sicher sind, dass wir es hier mit Neubildungen zu thun haben. Es gibt eine Menge Fälle, in denen man glaubt, es mit Carcinom zu thun zu haben, und man hat es mit einem syphilitischen Product zu thun. Es ist mir häufig passirt, dass mir Leute mit einem Product der Syphilis zur Exstirpation geschickt worden sind. Ich kann einige interessante Belege geben, aus denen auch hervorgeht, dass diese Dyskrasie viele Jahre schon im Körper steckte. Einer meiner Collegen brachte mir einen ehrwürdigen alten Herrn, dem er vor einigen Monaten ein Cancroid exstirpirt hatte, was sich aus einer Warze gebildet hatte. Er war ein sehr solider alter Mann, er kam mit Frau und Kindern an. Nur ein Geschwür, welches an der Nase entstanden war, liess die Sache etwas verdächtig erscheinen, ich examinirte den Herrn und er kam endlich damit heraus, dass er als ganz junger Mensch, vor 40 Jahren etwa, einen Chanker gehabt habe. Ich liess ihn eine Schmiercur durchmachen und nachdem er 250,0 Jodkalium genommen hatte, war die Sache heil. Dann ist mir ein Fall von Ulcus rodens vorgekommen bei einer ehrwürdigen Dame, Frau eines Collegen, es war dies ein eigenthümlicher Verlauf eines weit um sich greifenden Geschwürs. Ich musste das Geschwür exstirpiren, es trat ein bedeutender Substanzverlust ein und nachher musste ich die Wunde durch eine

Digitized by Google

Naht vereinigen. Später bekam sie ein Recidiv und ich habe denn aus verschiedenen Andeutungen erfahren, dass ihr längst verstorbener Gatte syphilitisch gewesen sei. Ich gab ihr Sublimat und das Recidiv verschwand. — Bei einem Carcinom der Unterlippe erfuhr ich zufällig, dass der Patient vor 4 Jahren ein Ulcus am Penis gehabt hat und sagte, wir müssen versuchsweise eine syphilitische Cur einleiten. Ich gab ihm Jodkalium und in Zeit von 4 Wochen heilte das Carcinom. Aus solchen Erfahrungen, m H., mögen wohl die Vorschläge kommen, dass man sagt: in allen solchen Fällen soll man erst mal eine Cur versuchen mit Zittmann'schem Decoct und dergl., um zu sehen, ob man nicht dadurch die Dyskrasie aus dem Körper heraustreibt. Es ist sehr nothwendig, m. M., dass man sich in jedem Falle, wo es irgend angeht, durch die mikroskopische Untersuchung von der Richtigkeit der Diagnose überzeugt. Es kommen sehr merkwürdige Fälle vor. In kann Ihnen namentlich Fälle von Sarcosis parasitica vorführen, die auch wohl als Cancroid betrachtet wird. Es ist eine Pilzwucherung, in der die Sarcosis parasitica erscheint, welche leicht für ein Epithelialcancroid genommen werden kann. Ich möchte nun, hieran anschliessend, mir erlauben, den Antrag zu stellen, dass wir für's nächste Jahr das Capitel „bösartige Neubildungen" vornehmen und dass wir uns Alle darauf vorbereiten, dass Jeder mitbringt, was er hat, seine Erfahrungen, seine Präparate, seine Abbildungen u. s. w., damit wir einmal eine grössere Discussion über dieses so interessante und schwierige Capitel vornehmen. — Auf den Vorschlag des Vorsitzenden und den Wunsch mehrerer Anwesenden wird die Discussion über diese Frage auf das nächste Jahr verschoben und Herr Thiersch mit der Ausarbeitung des Programms beauftragt. Dasselbe soll rechtzeitig zur Vertheilung an die Mitglieder kommen. Es wird jedoch dem Vorstande vollständig überlassen, die einleitenden Arbeiten nach seinem Gutdünken aufzunehmen, auch ihm anheimgestellt, ob die Discussion mit einer Adresse, wie in England üblich, zu eröffnen oder, wie in Frankreich von einem Rapport einzuleiten sei und die eventuellen Schritte zu thun.

522. Verein deutscher Aerzte in Prag. XIV. Sitzung am 27. April 1877.

Dr. Kahler demonstrirt einen Fall von Bleilähmung aus der Klinik des Herrn Reg.-Rathes Prof. Haller und knüpft daran folgenden Vortrag.

M. H. Wenn ich zu Beginn der heutigen Sitzung Ihre Aufmerksamkeit für die Demonstration eines klinischen Objectes in Anspruch nehme, so geschieht es deshalb, weil ich mir die Gelegenheit nicht entgehen lassen will, Ihnen eine Pat. vorzuführen, deren Erkrankung, wenn auch keineswegs seltene, doch sowohl in ätiologischer, als in nosologischer Beziehung interessante Momente besitzt. Es handelt sich um dieses 40jährige Frauenzimmer, das an chronischer Bleivergiftung leidet, und zwar hat dieselbe sich dieser Schädigung ausgesetzt in der Ausübung einer Beschäftigung, die als zu Saturnismus chronicus Veranlassung gebend in weitern Kreisen wenigstens nicht bekannt ist. Sie ist geboren und wohnhaft in dem Orte Semil in Böhmen, wo ein grosser Theil der Einwohner sich mit der Bearbeitung unserer einheimischen Halbedelsteine, der Granaten befasst. Und zwar ist die überwiegende Anzahl derselben nicht mit dem eigentlichen Schleifen der Steine, sondern mit einer vorbereitenden Manipulation beschäftigt, welche den Zweck hat, dem unregelmässig geformten Steine eine andere Form zu geben. Dieses wird nun dadurch zu Wege gebracht, dass der an einem Griffe fest gekittete Stein gegen eine mit Schmirgel bedeckte, durch ein Trittbrett in rascher kreisender Bewegung erhaltene Bleischeibe gepresst wird. Dabei wird nun ein intensiver, nach Aussagen der Kranken stark schwärzender Staub erzeugt, der gewiss massenhaft Bleipartikelchen enthält und bei der geringen Sorgfalt, welche solche Arbeiter gewöhulich auf ihre Reinigung verwenden, die beste Gelegenheit hat in den Verdauungstractus zu gelangen und chronische Bleivergiftung zu erzeugen. Es sollen auch nach Angabe unserer Patientin die Fälle von Bleikolik

Digitized by Google

namentlich unter ihren Berufsgenossen nicht selten sein und ich hatte vor einigen Tagen Gelegenheit auf der I. internen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses einen mit Paralysis saturnica behafteten Mann zu sehen, der auch Granatschleifer war und ebenfalls aus Semil stammte. Von ihrem 15 Lebensjahre angefangen war unsere Kranke in der oben genannten Weise beschäftigt, die ersten 5 Jahre ohne üble Folgen, dann stellten sich jedoch anfangs blos chronische Koprostasen, später typische Anfälle von Bleikolik ein, noch später eine exquisite Arthralgie saturnina in den Kniegelenken. Alle diese Erscheinungen waren jedoch immer nur zur Winterszeit vorhanden, im Sommer, wo sie Feldarbeit verrichtete, schwanden dieselben wieder. Heuer im Winter zu Beginn des Jahres überstand sie abermals einen heftigen Kolikanfall. Nach Beendigung desselben bemerkte sie ziemlich plötzlich erst an der rechten, dann an der linken Hand, dass ihr die völlige Streckung einzelner Finger unmöglich wurde. Der Zustand verschlimmerte sich nach und nach, zunehmendes Schwächegefühl am Vorderarme, Zittern, das sich später einstellte, führte sie ins Krankenhaus, wo sie auf der II. medicinischen Klinik Aufnahme fand. Die bei derselben vorfindliche Lähmung nun ist es, welche unser klinisches Interesse erweckt, wegen der seltenen Schönheit, mit der einerseits die diese Lähmungsform eigenthümliche Localisation sich offenbart, andererseits ein an den gelähmten Muskeln nach meiner Erfahrung selten in gleicher Ausbildung vorfindliches Verhalten der elektrischen Erregbarkeit ausgesprochen ist. Die Localisation von Bleilähmung betreffend ist uns bekannt, dass dieselbe zu allermeist den M. extensor. digit. commun. als erstes Opfer trifft, selten wird man dieses Verhalten aber noch so ausgesprochen finden wie hier, wo beiderseits nur einzelne Bündel im Extensor com. getroffen erscheinen, so an der linken Hand der Strecker des 3. und 4., an der rechten namentlich der Strecker des Zeigefingers. Alle übrigen Muskeln des Vorderarmes und der Hand erscheinen in ihrer Function unbehindert, die Muskeln an der Dorsalfläche des Vorderarmes jedoch zeigen leichte Abnahme von Muskelkraft namentlich deutlich auf der rechten Seite. Nirgends aber finden sich auch Zeichen von hochgradiger Atrophie eines Muskels. Beim Erheben des Armes aus der Ruhelage, sowie bei Bewegungen der Hand und Finger stellt sich bald ein heftiges Zittern ein, zuerst in der Daumenmusculatur und später in der ganzen übrigen Vorderarmmusculatur u. s. w. zunehmend mit steigender Ermüdung. Der eigentliche Grund aber, weshalb ich diese Kranke heute vorstelle, ist die hier nachweisbare eben erwähnte Aenderung der elektrischen Erregbarkeit der erkrankten Musculatur, welche ein Stadium der von Erb äusserst passend so genannten „Entartungsaction" vorstellt. Diese findet sich, wie bekannt, äusserst häufig bei Bleilähmungen vor und wird dadurch eine gewisse Wahrscheinlichkeit für die periphere Natur dieser Lähmungen gewonnen. Doch erscheint diese Frage noch nicht vollständig ausgetragen. Für unseren Fall illustriren die folgenden Tabellen trefflich die Entartungsreaction. Sie ergeben Abschwächung der faradisirten Erregbarkeit für Nerv und Muskel, Abschwächung der galvanischen Erregbarkeit für den N. radialis, leichte Erhöhung derselben für den M. extens. com., qualitative Aenderung des Zuckungsgesetzes, anormale Form der Muskelzuckung, auffallende Steigerung der mechanischen Erregbarkeit.

Linke obere Extremität. Rechte obere Extremität.

Untersuchung mit dem galvanischen Strome.

Nerven.		Nerven.	
N. ulnaris:	KSZ — 3·0° Nadelablenkg.	N. ulnaris:	KSZ — 3·9° Nadelablenkg.
	ASZ — 4·0° „		ASZ — 4·0° „
	AOZ — 4·5° „		AOZ — 8·0° „
N. radialis:	KSZ — 4·0° „	N. radialis:	KSZ — 4·0° „
	ASZ — 10·0° „		ASZ — 12·0° „
	AOZ — nicht zu erreichen.		AOZ — 16—18° „

Digitized by Google

Muskeln. Am Extensor digit. com. beiderseits träge langgezogene Contraction mit Prävalenz der AS_2, namentlich auf der linken Seite und Fehlen der Oeffnungszuckungen. Dieses Verhalten ist rechts am deutlichsten an den zum Zeigefinger ziehenden Partien des Muskels, links dagegen an den zum Mittel- und Ringfinger ziehenden. Beim Aufsetzen einer breiten Elektrode auf die Dorsalfläche gelingt es gleichzeitig normale Reactionsformen an den Radiales externi und langen Daumenmuskeln sowie Entartungsreaction am Extensor zu sehen, am deutlichsten bei AS, wo der letztere Muskel kräftiger reagirt als die gesunden. Die gesteigerte mechanische Erregbarkeit (d. h. leichte Hammerpercussion) ist beiderseits an den einzelnen Bündeln des Extensor wunderschön ausgesprochen.

Linke obere Extremität.

Untersuchung mit dem inducirten Strome.

Nerven:	N. ulnaris	— 16 Ctm. Rollenabstand	
	N. medianus	— 15 „ „	
	N. radialis	— 13 „ „	
Muskeln:	M. biceps brachii	— 17 Ctm. Rollenabstand	
	M. triceps brachii	— 16 „ „	
	M. supin. long.	— } 16 „ „	
	M. rad. externi	— }	
	M. adduct. poll. long	— 15 „ „	
	M. extensor poll. long.	— 14 „ „	
	M. extens. digitor. com.	— 13 „ „	(nicht vollständig)
	M. ulnaris externus	— 16 „ „	
	M. an der Volarfläche des Vorderarmes	— 16-17 „ „	
	M. der Hand	— 15-16 „ „	

Prof. Zaufal demonstrirt einen nach seiner Angabe vom Instrumentenmacher Leiter in Wien angefertigten Tubencompressor. In einer früheren Sitzung hat Z. ein Verfahren mitgetheilt, mit dem es gelingt, bei Einspritzungen durch die Nase das Tubenostium so fest zu verschliessen, dass keine Flüssigkeit durch die Tuba in die Paukenhöhle fliessen kann. Er drückt mit dem Finger den weichen Gaumen (die Kuppe der Tonsillennische) energisch in die Höhe, so dass durch Hebung des Bodens des Tubenostiums bis zum Tubenhaken ein vollständiger Verschluss erzielt wird. In der Praxis ergaben sich jedoch einige Uebelstände in der Ausübung dieser Methode. Sie verlangt immer die Mithilfe eines Assistenten, der das Ostium schliesst, während eine zweite Person die Injection vornimmt. Um diesem Uebelstande auszuweichen, wurde das vorgezeigte Instrument construirt. Es hat die Aufgabe, die Finger zu ersetzen und besteht in einer kräftigen Zange mit fingerförmigen Enden, gut geglätteten, abschraubbaren Hartkautschukansätzen. Die in den Mund einzuführenden Branchen sind in der Medianebene winklich abgebogen, mit dem Oeffnungswinkel nach oben gekehrt. Nach rückwärts gehen sie unter einem nach unten offenen stumpfen Winkel in Griffbranchen über. Die eine ist länger mit einer kräftigen Handhabe versehen, die andere kürzer, durch Druck in einem Charniere beweglich und mit einer Sperrvorrichtung ausgerüstet. Die Zange wird mit der einen (linken) Hand gefasst, geschlossen in der Medianebene bis in die Ebene der Mandelnischen eingeführt, dann so weit geöffnet, dass die Hartkautschukansätze in die Tiefe der Nische zu liegen kommen. Jetzt werden durch kräftiges Abwärtsdrücken des Handgriffes die in der Rachenhöhle befindlichen fingerförmigen Branchen energisch nach aufwärts gehebelt und mit der rechten Hand die Injectionen vorgenommen. Ich liess das Instrument an mir selbst ansetzen. Wenn die Tempos schnell und richtig ausgeführt werden, ist das Verfahren auch nicht so unangenehm. Unsicheres Herumtappen löst sehr leicht Würgbewegungen aus. Bei alten Leuten entstehen manchmal oberflächliche Blutextra-

Digitized by Google

vasate im weichen Gaumen, die nicht geniren und nach einigen Tagen wieder verschwunden sind.

Schliesslich folgte ein Vortrag von Dr. Leop. Lažansky: Ueber die therapeutische Verwendung von jodhaltiger Ammenmilch bei Säuglingen.

Der Gegenstand wird ausführlich bearbeitet in der Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis erscheinen. Hier sei nur in Kürze bemerkt, dass die Methode, den Kranken, namentlich Kindern und Säuglingen, das Jod humanisirt in die Ammenmilch oder animalisirt in die Milch eines Thieres beizubringen, bis jetzt nur von wenigen Aerzten ausgeübt und geprüft wurde. Die Ansichten über die Zweckmässigkeit dieser Methode sind vielfach getheilt; während die einen den besten Erfolg sehen und die Methode beständig empfehlen, finden Andere dieselbe unbrauchbar. Der Vortragende hatte Gelegenheit, diese Methode an Prof. Pick's Klinik zu erproben und findet dieselbe vollkommen zweckmässig. Es handelte sich um einen auf der dermatol. Klinik beobachteten Fall, wo die Mutter deutliche Zeichen eines orbiculär angeordneten papulösen Syphilides an der ganzen Hautoberfläche zeigte und der 5 Monate alte Säugling ebenfalls Zeichen der Syphilis in Form von Papeln und breiten Condylomen trug Die Anamnese ergibt, dass die Mutter vor ihrer Verheiratung bereits an Syphilis litt und entsprechend ärztlich behandelt wurde. Das 5 Monate alte Kind war von der Geburt an bis in den 5. Monat gesund, dann traten an den Handtellern und Fusssohlen die ersten Symptome von Syphilis in Form runder rother, bald schuppender Flecken auf, später bildeten sich auch an anderen Körperstellen, wie am Scrotum, am Stamme ähnliche, aber über dem Niveau mehr erhabene Efflorescenzen. Die Mutter bemerkte schon vor mehreren Wochen eine Schmerzhaftigkeit im Halse und in der letzten Zeit das am Körper vorhandene Exanthem, welches immer dichter wurde und ebenfalls auf der Oberfläche etwas abschuppte; sonst fanden sich ausser einer deutlichen allgemeinen Drüsenschwellung keine weiteren Symptome von Syphilis. Beim Kinde fand man die oben angegebenen papulösen Efflorescenzen, die aber in den natürlichen Falten nässten und sogar exulcerirt waren. Solche fanden sich auch an den Mund- und Augenwinkeln und an der Lippenschleimhaut. Auch beim Kinde waren sämmtliche tastbare Drüsen geschwellt. Im Uebrigen war das Kind dem Alter entsprechend gut entwickelt und auch gut genährt. Die Mutter bekam Jodkalium 1·0 Grm. täglich und wurde dabei gut genährt, um reichlich Milch für das Kind zu haben. Das letztere wurde blos an die Brust gelegt und nicht speciell antisyphilitisch behandelt, indem man das mit der Milch der Mutter secernirte Jod für genügend hielt, die Syphilis des Kindes zu beseitigen. Im Harne der Mutter war Jod am 1. Tage der Verabreichung, im Harne des Kindes den Tag nachher früh nachweisbar. Die Milch der Mutter wurde leider erst 5 Tage später auf Jod untersucht und zeigte deutlich die Jodreaction, doch traf es sich, dass manchmal die letztere in der Milch nicht gelingen wollte, während im Harne des Kindes später doch Jod nachweisbar war. Später fand man eines Tages im Kindesharn, nachdem die Mutter einige Tage kein Jod genommen hatte, das Jod nicht mehr; es wurde wieder 0·5 Grm. Jodkalium gegeben; 2 Stunden darauf im Harne des Kindes kein Jod; $^1/_2$ Stunde später, also nach $2^1/_2$ Stunden deutlich Jod nachzuweisen. Dabei gedieh das Kind vortrefflich, die Ulcerationen, sowie die flachen Knoten und Plaques auf der Schleimhaut verschwanden sichtlich und auch bei der Mutter hat sich das Exanthem ganz resorbirt, sie klagte nie über Appetitlosigkeit, magerte nicht nur nicht ab, sondern wurde stärker und kräftiger. Die Mammae, welche gut entwickelt und milchreich waren, zeigten weder eine Abnahme, noch war von einer Herabsetzung der Milchsecretion etwas bemerkbar; auch die Qualität der Milch war vorzüglich, sie blieb immer consistent und fettreich. Es wurde in diesem Falle also das Jod sowohl in der Milch als in dem Harn der Mutter,

Digitized by Google

aber auch in dem Harn des Kindes deutlich nachgewiesen. Dass dessen Vorhandensein in der Milch nicht immer so deutlich war, als im Harn, und der Umstand, dass Milch, der in minimalen Dosen Jodkali beigesetzt wurde, die Jodreaction prägnanter gab als die secernirte Milch, lässt mit Bouley vermuthen, dass die organischen Moleküle sich in letzterem Falle in einem innigeren Aggregatzustande befinden, und dass das Medicament an der chemischen Constitution der organischen Milchbestandtheile theilnimmt, und dem entsprechend könnte man auch glauben, dass die Methoden des Jodnachweises in solcher Milch unzureichend wären. Diesen Zustand könnte man für den Anfang einer Assimilation halten, der betreffs der therapeutischen Verwendung gewiss sehr günstig wäre. Andererseits liesse sich der geringere Jodnachweis in der Milch auch so erklären, dass nur ein sehr geringer Theil von Jod in die Milch übergeht, dagegen spricht aber die reichliche Jodmenge im Harn des Kindes, und wenn dies auch der Fall wäre, so ist damit nicht gesagt, dass eine solche Milch nicht von grossem Nutzen sei, da es doch eigentlich bei der Therapie wie bei der Ernährung gar nicht so sehr auf die Menge des eingeführten, als auf die Menge des aufgenommenen Medicamentes ankommt. Da im gegenwärtigen Falle bei der Mutter trotz Verabreichung grosser Gaben von Jodkali die Milchsecretion nicht vermindert war, so ist es unwahrscheinlich, dass Jodpräparate immer einen nachhaltigen Einfluss auf die Milchsecretion haben, oder dass man dieselbe gar nach Bedarf als Antigalactica mit Sicherheit verwenden könnte, wie Bousset und Morris behaupten. Doch stehen diesbezüglich keine grösseren Erfahrungen zu Gebote. Sowohl die Mutter als das Kind wurden durch diese Methode auf zweckmässige Weise behandelt, indem für die vorhandene Phase der Syphilis sowohl bei der Mutter als beim Kinde das Jod mehr indicirt war, als Quecksilber. Eine solche Jodmilch ist fast auch das einzige Jodmittel, das man Säuglingen in den ersten Monaten reichen kann und es hilft über vielfache Schwierigkeiten der Syphilistherapie bei Kindern hinweg. Ausserdem könnte die Jodmilch besonders in der Privatpraxis häufig angewendet werden, wenn man dem Futter der Melkthiere Jodpräparate zusetzt.

523. Ueber unzureichende Desoxydation des Venenblutes.

Von Jäger. (Vortrag, gehalten im Wiener medicin. Doctorencollegium am 7. Mai 1877.)

Unter physiologischen Verhältnissen erscheint das Blut in den Netzhautarterien bei einer unter Oellampenbeleuchtung vorgenommenen Augenspiegeluntersuchung licht gelb-röthlich, in den Venen dagegen zinnoberroth. Dieser Farbunterschied des arteriellen und venösen Blutes erscheint während des Bestandes mancher pathologischer Vorgänge auf Kosten des Venenblutes vergrössert, weit öfter aber verkleinert, ja sogar vollständig aufgehoben. Das Venenblut erscheint dunkler bei acuten, ausgebreiteten Entzündungen wichtiger Organe des Körpers heller dagegen bei chronischen erschöpfenden Krankheiten.

Individuen, bei denen das Venenblut nur in geringem Grade heller gefärbt ist, als de norma, machen oft den Eindruck gut genährter, kräftiger Menschen, lassen aber in geistiger und körperlicher Beziehung gewöhnlich nur einen geringen Grad von Energie und Ausdauer erkennen. Wenn das Venenblut erheblich blasser ist, als de norma, nur wenig anders gefärbt ist, als das Arterienblut, so findet man auch die Haut und die Schleimhäute blass, die Musculatur schwächer entwickelt, den Appetit gestört.

Ist endlich die Farbdifferenz zwischen Venen und Artien auf Kosten der ersteren sehr verringert oder ganz aufgehoben, so prägt sich auch das bekannte Bild hoch- und höchstgradiger Anämie aus. Jäger hält es für wahrscheinlich, dass die pathologische Färbung des Venenblutes durch Zunahme des Sauerstoffgehaltes bedingt und daher als ein Zeichen mangelhafter Abgabe des Sauerstoffes

Digitized by Google

an die Gewebe von Seite des Blutes (Oxyämie, Arteriosität des Venenblutes) anzusehen sei. Prof. Schnabel.

524. Medicinischer Verein zu Greifswald. Sitzung am 2. Juni 1877.

Prof. Mosler demonstrirte einen Fall von secundärer medullarer Leukämie. Carl Ulrich, ein 38 J. alter Kahnschiffer aus Ueckermünde, will früher immer gesund gewesen sein mit Ausnahme eines Wechselfiebers, das ihn im zehnten Lebensjahre während eines ganzen Jahres befallen und eine grosse Schwäche bei ihm hinterlassen hat. Später will er sich davon erholt haben, so dass er zum Militärdienst tauglich befunden wurde. Während des deutsch-französischen Krieges diente er 11 Monate lang bei einem Ersatzbataillon. Doch empfand er ebenso, wie schon früher, bei anstrengendem Militärdienst öfters eine Schwäche in den Beinen, und will er dauernd an Verstopfung gelitten haben. Als er im Jahre 1871 vom Militärdienste wieder entlassen worden war, litt er während eines ganzen Jahres an habituellem Erbrechen. Alle Mittel waren erfolglos. In Folge dadurch herbeigeführter Schwäche war er zur Arbeit durchaus untauglich. Kräftige Diät, sowie längere Anwendung eines in dortiger Gegend gebräuchlichen Volksmittels habe das Erbrechen beseitigt, auch die Schwäche in dem Grade gemindert, dass er, wenn auch mit Mühe und Anstrengung, seiner gewohnten Beschäftigung wieder habe nachgehen können. Im Jahre 1876 war er sehr erstaunt, als Grund der von ihm empfundenen Schwere im Unterleibe, sowie der Belästigung bei der Arbeit, eine grosse Geschwulst in der linken Seite des Bauches zu entdecken. Dieselbe hinderte ihn am Bücken und am Rudern. Er consultirte deswegen verschiedene Aerzte, welche die Ursache des Uebels auf das früher überstandene Wechselfieber zurückführten. Die von ihnen eingeleitete Behandlung hatte wenig Erfolg, weshalb er sich Ende Mai in der hiesigen medicinischen Klinik vorstellte. Aeusserlich bietet der Kranke keine sehr auffallende Blässe der Haut und der Schleimhäute. An verschiedenen Stellen sind Frieselausschläge sichtbar in Folge der profusen Schweisse, an welchen der Kranke leidet. Das Gehen ist ihm erschwert durch grosse Mattigkeit und Brustbeklemmung. Herz und Lungen zeigen bei der physikalischen Untersuchung keine Abnormitäten, ausser dass dieselben durch das nach aufwärts gedrängte Zwerchfell etwas comprimirt sind. Fast der ganze Unterleib ist von dem colossalen Milztumor, wie schon bei der Inspection wahrnehmbar, ausgefüllt. Derselbe ragt in der Axillarlinie von der 6. Rippe bis weit nach abwärts in das Becken hinein in einer Ausdehnung von 29 Ctm., die Mittellinie überragt er um 5 Ctm. Das vordere Ende scheint auf dem linken Leberlappen zu lagern und prominirt dadurch mehr, als es sonst der Fall zu sein pflegt. Die Leber ist gleichfalls bedeutend vergrössert, von derber Consistenz. In den Leistengegenden sind beiderseits, mehr aber rechts, einige bis zu Bohnengrösse geschwollene Lymphdrüsen fühlbar. An anderen Stellen lassen sich derartige Lymphome nicht wahrnehmen. Patient klagt über gesteigerten Durst, über verminderte Esslust und Stuhlverstopfung. Der Urin wird sparsam entleert, ist von dunkler Farbe, enthält weder Eiweiss noch Gallenfarbstoff, hat kein Sediment von harnsauren Salzen. Das Blut zeigt schon makroskopisch die bekannte milchchocoladenähnliche Beschaffenheit; mikroskopisch erscheinen ebensoviel weisse wie rothe Blutkörperchen bei ungefährer Schätzung. Die rothen Blutkörperchen zeigen sich meist in der sogenannten Geldrollenform angeordnet, die weissen Blutzellen haben verschiedene Grösse. Die Anzahl der sehr grossen Zellen, die in so grosser Zahl bei dem Falle von primärer medullarer Leukämie im letzten Winter vom Vortragenden demonstrirt worden sind, von denen Herr College A. Budge nachgewiesen hat, dass es dieselben Zellen waren, welche sich in grossen Mengen im sog. rothen Marke finden, ist hier zur Zeit noch eine geringe. In ihnen finden sich die kleinen stark lichtbrechenden Körperchen, die sich schon beim ersten Anblick als fein

Digitized by Google

vertheiltes Fett präsentiren. Auch Herr College A. Budge hat sie in diesem Falle als dieselben weissen Blutzellen bezeichnet, welche er in dem Falle von primärer medullarer Leukämie genau beschrieben hat. Aether lässt wieder die kleinen darin vorkommenden, stark lichtbrechenden Körperchen zum grossen Theil verschwinden, in noch höherem Grade Chloroform. Behandelte man einen Tropfen Blut mit Chloroform, so sieht man schon makroskopisch beim Verdunsten desselben eine weissliche Haut sich bilden. Dieselbe besteht aus Fett, das zum Theil zu grossen Tropfen zusammengeflossen, zum Theil ungemein fein, wie in den Darmzotten vertheilt ist. Im Zusammenhange mit diesem Resultate der mikroskopischen Untersuchung des Blutes lassen sich auch in diesem Falle wiederum deutliche klinische Symptome demonstriren, die auf eine beginnende medulläre leukämische Affection schliessen lassen. Wie in den beiden früher vom Vortragenden mitgetheilten Fällen ist es zunächst die Schmerzhaftigkeit des Brustbeins, welche darauf hindeutet. Dieselbe ist zur Zeit noch nicht spontan vorhanden, wird vielmehr nur durch Druck, insbesondere durch Percutiren hervorgerufen. Noch ist das Sternum nicht, wie in dem früheren Falle hervorragend, auch lassen sich flache Einsenkungen daran nicht entdecken und erhält man beim Palpiren noch nicht den Eindruck einer weich-elastischen Consistenz, welche zwischen den beiderseitigen 4. und 5. Rippen gelagert ist Als ein Zeichen, dass die medullare Affection hier wahrscheinlich erst im Beginne ist, möchte weiter anzuführen sein, dass die Rippenköpfchen, besonders von der 2.—6. Rippe zur Zeit weder intumescirt noch schmerzhaft sind, die Rippen überhaupt ebenso wie die andern Knochen des Skelettes Abnormitäten nicht darbieten. Nachdem Lücke in neuester Zeit durch Percussion der Knochen Erkrankungen derselben diagnosticirt hat, will der Vortragende es nicht unterlassen, diese Methode in dem vorliegenden Falle zu verwerthen, und zwar hofft er zu Resultaten zu gelangen durch vergleichende Studien mit Percussion der Knochen eines gesunden Mannes, sodann dieses Leukämikers mit erst beginnender medullarer Affection, sowie endlich des Patienten, bei welchem eine bereits vorgeschrittene primäre Leukämie diagnosticirt ist. Hoffentlich wird es dabei auch gelingen, die weiteren Stadien der medullaren Leukämie genauer zu studiren. Auf Grund der ätiologischen Momente und des geschilderten Symptomencomplexes glaubt der Vortragende nun primäre lienale, secundäre medullare und lymphatische Leukämie annehmen zu dürfen.

Prof. Hueter demonstrirte die Steine, welche er bei drei Fällen von Lithotomie, ausgeführt im April und Mai d. J., aus der Blase extrahirt hatte. Alle drei Lithotomieen wurden bei jungen männlichen Individuen, von 19—25 Jahre alt, ausgeführt. In dem ersten Fall wurden drei grosse, aus Harnsäure und harnsauren Salzen bestehende Steine von ovaler Form vorgefunden; jeder von ihnen mass im längsten Durchmesser 3—4 Ctm. Die Steine waren sehr hart, auf der Oberfläche glatt und durch die Anlagerung der Steine an einander facettirt. In dem 2. Fall war 6 Wochen vor der Lithotomie die Lithotripsie bei einem ziemlich weichen harnsauren Stein ausgeführt worden, und zwar in zwei Sitzungen. Nach denselben hatte der Kranke sich so wohl und frei von allen Beschwerden gefühlt, dass er sich geheilt glaubte und trotz aller Vorstellungen das Krankenhaus verliess. Indessen hatten sich bald heftige Reizungserscheinungen eingestellt und als der Kranke sich nun wieder aufnehmen liess, war er fiebernd, sehr heruntergekommen, der Blasenkatarrh sehr intensiv und durch alle Mittel nicht zu beseitigen. Unter diesen Umständen schien die Lithotomie das einzige Mittel zu sein, um die Apyrexie zu erzwingen und das Leben zu erhalten. Nach Eröffnung der Blase wurden ungefähr 15 Steintrümmer extrahirt, welche zusammen einem Stein von etwa 4 Ctm. Durchmesser entsprachen, wie auch bei der Lithotripsie dieses Mass festgestellt worden war. Der Verlauf war anfänglich ein günstiger und die Cystitis ging zurück. Doch blieb ein fieberhafter Zustand trotz aller Bemühungen

Digitized by Google

bestehen und der Kranke erlag nach 4 Wochen einer plötzlich auftretenden Pleuritis serofibrinosa. Bei der Obduction fand sich ausser der letzteren eine beiderseitig hochgradige Pyelonephritis, dagegen die Blase frei. Die Wunde bis auf einen kleinen Granulationsstreif geschlossen. Offenbar war die Pyelonephritis zur Zeit der Lithotomie schon vorhanden gewesen und hatte den ungünstigen Verlauf bedingt. In dem 3. Fall lag keine Complication vor; jedoch war der Kranke sehr irritabel und scheiterten die lithotriptischen Versuche an dieser Irritabilität. Nach lithotomischer Eröffnung der Blase fand H. einen Stein, welcher ungefähr 6—7 Ctm. im grössten Durchmesser mass. Derselbe wurde in der Steinzange gefasst, zersplitterte jedoch bei festem Schluss derselben, so dass nun die einzelnen Fragmente extrahirt werden mussten. Es stellte sich hierbei heraus, dass die Hauptmasse aus locker geschichteten Harnsäureconcrementen bestand, der Kern aber ein Maulbeerstein (oxalsaurer Kalk) von 2 Ctm. im grössten Durchmesser war, so dass auch hier die Durchführung der Lithotripsie auf grosse Schwierigkeiten gestossen sein würde. Der letztere Kranke ist nach fieberlosem Wundverlauf ganz reconvalescent; der erst operirte Kranke leidet noch an kalten Abscessen der Rückengegend, welche schon vor der Lithotomie bestanden, ist aber von seinen Blasenbeschwerden ganz befreit und entleert schon jetzt normalen Urin auf normalem Wege. Sämmtliche Operationen wurden mit dem Lithotom ausgeführt, welches von Smith in Baltimore construirt, von H. 1871 hierher importirt und auf H.'s Veranlassung von Schmidt in der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie" (I. Band) beschrieben worden ist. Das Instrument bewährte sich auch bei diesen 3 Operationen als vorzüglich; jede Operation nahm nur wenige Minuten in Anspruch. (Das Instrument wird demonstrirt.) Die Wunde wird meist in einem einzigen Zug geschnitten und zwar von innen nach aussen; die Wundflächen sind so glatt, dass sie zur Urininfiltration keine Neigung zeigen, und in allen drei Fällen war der Wundverlauf ein durchaus regelmässiger. Zur Nachbehandlung dient ein fingerdickes, neusilbernes Drainrohr, welches in die Blase eingeführt wird, methodische Ausspülung der Blase mittelst des Drainrohrs mit schwachen Carbollösungen und endlich der feuchte Carbolverband. Genauere Mittheilungen über die Nachbehandlung der Lithotomie publicirt H. im 8. Bd. der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie".

Digitized by Google

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. Mit besonderer Berücksichtigung der österreichischen und deutschen Gesetzgebung. Von Prof. Dr. Eduard Hofmann in Wien. Erste Hälfte. Wien 1877. Urban und Schwarzenberg.

The specialty of deseases of women. By Clifton E. Wing, M. D. Boston.

Ueber die von der Höhe des Stimmgabeltones und von der Applicationsstelle abhängige Schallleitung durch die Kopfknochen. Von Dr. Victor Urbantschitsch in Wien. (Arch. d. Ohrenheilk. 12.)

Ueber die fibrilläre Structur des Hyalinknorpels. Dr. H. Tillmanns in Leipzig. Sep.-Abdr. aus d. Arch. für Anat. und Physiol. 1877.

Die Krankheitsvernichtungstheorie und die Heiltheorie. Eine Streitschrift zur Vermittlung der Extreme Von Dr. H. G. Schneider. Magdeburg, 1877. Creutz. (R. Kretschmann).

Ueber Resorption der Knochensubstanz. Von A. Lieberkühn und J. Bermann. Mit 8 Tafeln. Frankfurt a. M. Christian Winter. 1877.

Ueber die Behandlung der Ganglien mittelst Discission und nachfolgende Compression. Von Dr. Carl Fieber in Wien. 1877. Verlag des Verfassers. (Sep.-Abdr. aus d. „Mittheil. des med. Doct.-Collegiums.)

Zur Behandlung der Nasenkrankheiten. Von Dr. Arthur Hartmann in Berlin. (Sep.-Abdr. aus der Dtsch. medic. Wochenschr. 1877.)

Ueber die Luftdouche und ihre Anwendung in der Ohrenheilkunde. Von Dr. Arthur Hartmann in Berlin. (Sep.-Abdr. aus Virchow's Arch. 1877.)

Placenta praevia, die vorliegende Nachgeburt, ihre Entwicklung und Behandlung. Von Dr. Ludwig Müller in Rehme-Oeynhausen. Stuttgart, Ferdinand Enke. 1877.

Werth und Bedeutung der Reformbestrebungen in der Classification der Psychosen. Von Dr. Jacob Weiss. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1877.

Handbuch der allgemeinen Pathologie als pathologische Physiologie. Von Prof. Dr. S. Samuel in Königsberg i. Pr. I. Abtheilung. Allgemeine Nosologie, Störungen der Blut- und Säfte-Circulation. Stuttgart, Ferdinand Enke. 1877.

Das Oberengadin in seinem Einfluss auf Gesundheit und Leben. Von Dr. J. M. Ludwig in Pontresina. Gekrönte Preisschrift. Stuttgart, Enke. 1877.

Die epidemischen Krankheiten, ihre Ursachen und Schutzmittel. Vortrag, gehalten in Königsberg von Prof. Dr. S. Samuel. Stuttgart. Ferdinand Enke 1877.

Das Verhalten des cervix uteri während der letzten Schwangerschaftsmonate. Von Dr. A. Martin in Berlin. Mit 2 lithographirten Tafeln. Stuttgart, Ferdinand Enke. 1877.

Hilfs- und Schreibkalender für Hebammen und Kranken-Pflegerinnen. 1878. Im Auftrage des Geschäftsausschusses des deutschen Aerztevereinsbundes herausgegeben von Dr. L. Pfeiffer in Weimar. Weimar, Hermann Böhlau. 1878.

Das Stotterübel, eine corticale Erkrankung des Grosshirns. Ein Beitrag zur Aetiologie des Stotterns. Von Dr. Jos. Schrank in Wien. München, Jos. Anton Finsterlin. 1877.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Karl Bettelheim.
Einsendungen an die Redaction sind zu richten: Wien, I., Gonzagagasse 5.

Druck von G. Gistel & Co., Wien.

Digitized by Google

Prof. Lister's Verband

für eine grössere Operation nach Vorschrift von Prof. Dr. Esmarch,

enthaltend:

1 Stück à 550 Cm. **Lister'sche Karbolgaze** (zwischen der 7. und 8. Lage ein Stück karbolisirtes Pergamentpapier); 2 Stück **Lister'sche Karbolgazebinden** 10 Cm. breit 550 Cm. lang; ½ Pfund **Salicylsäure**-Jute 4%; 1 Strang **karbolisirte Darmsaiten (Catgut)** und 30 Cm. **karbolisirte Drainageröhren** in einer Glasröhre; 1 Strang **karbolisirte Nähseide** auf Karton; 1 Stück **Schutztaffet** (protektive silk) 30 Cm. lang 5 Cm. breit; 10—20 Stück **Tupfer** versch. Grösse aus Salicylsäure-Zupf-Charpie, Jute und Gaze; 1 titrirtes Glas mit **Karbolsäurelösung**, wovon jeweils auf einen halben Liter Wasser: 12½ Grad für den Spray, 25 Grad zum Waschen der Hände des Chirurgen, der Haut des verwundeten Theiles und zum Eintauchen der Instrumente zu verwenden sind,

offerirt in Original-Verpackung zum Preise von 3 fl.

86 ***Wilhelm Mauger***, *III., Heumarkt 3, in Wien.*

General-Depositeur der internationalen Verbandstoff-Fabrik in Schaffhausen.

Chinin-Zuckerln und Chinin-Chokoladen

von

Josef Gobetzky,

Apotheker in Essek, Slavonien.

Diese aus **Chininum tannicum neutr.** mit der grössten Genauigkeit von mir erzeugten Präparate kosten

100 Stück 4 fl. ö. Währ., inclusive Stempel, Emballage und Porto.

Jedes Stück enthält 7 Centigramm reines Chinin.

Zur Beachtung.

Den Beweis der Vorzüglichkeit und Echtheit meiner Erzeugnisse liefern die Zeugnisse über die vorgenommenen chem Analysen des Herrn Professor Dr. G. C. Wittstein in München; Dr. J. Schorm und Dr. H. Braun in Wien, J. Molnar, Apotheker und Chemiker in Budapest etc., sowie die in Nr. 13 der Zeitschrift des allgem österr. Apotheker-Vereins vom J 1876 veröffentlichte Anempfehlung des bekannten Professor Dr. Wittstein in München, welche lautet:

Herr Apotheker Josef Gobetzky in Essek (Slavonien) bereitet mittelst **von ihm eigens dargestellten** neutralen gerbsauren Chinins (Chininum tannicum neutrale) Chokolade-Zeltchen und Zuckerzeltchen, welche, wie ich mich durch **chemische Prüfung** überzeugt habe, nicht allein **sehr sorgfältig** hergestellt sind und **den angegebenen Gehalt an Chinin besitzen,** sondern auch den **grossen Vorzug** haben, dass darin **die Bitterkeit des Alkaloides völlig maskirt ist.**

Ich kann daher **allen Aerzten,** welche veranlasst sind, Chinin zu verordnen, obige Präparate **auf's beste empfehlen.**

München, den 25. April 1876. (L. S.) **Prof. Dr. G. C. Wittstein.**

Aufträge werden erbeten in Wien an Herrn Otto Raabe, Bäckerstrasse Nr. 1, und Pezold u. Süss, Droguisten; in Pest an Herrn Thalmaier u. Comp.; in Graz an Herrn Dr. A. Wunder, Apotheker, und Herrn Nedver, Apotheker; in Kronstadt an Herrn Müller, Apotheker; in Temesvar an Herrn J. Pecher, Apotheker; in Maros-Vásárhely an Herrn A. Jenney, Apotheker, und an den Erzeuger zu richten.

Diese Präparate wurden auch bei der Szegediner Landes-Ausstellung als eminente Präparate anerkannt und hiefür mir die Verdienstmedaille ertheilt. 19

Rudolf Thürriegl

erzeugt alle

chirurgischen Instrumente nach neuesten und verbesserten Constructionen.

Wien, Alservorstadt, am Glacis, Schwarzspanierhaus 5.

Ausführliche Preis-Courante auf Verlangen gratis.

Digitized by Google

Pränumerations-Einladung
auf die
„Wiener Medizinische Presse"

Wochenschrift für praktische Aerzte mit der monatlichen Beilage:

„WIENER KLINIK"

Vorträge aus der gesammten praktischen Heilkunde.

Chef-Redacteur: **Dr. Johann Schnitzler.**

Die **„Wiener Medizinische Presse"** erscheint jeden Sonntag, 2 Bogen stark, und enthält:

Originalien aus **allen** Zweigen der praktischen Heilkunde, **Berichte aus Kliniken und Spitälern, Mittheilungen aus der Praxis, Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften und Vereine, Kritische Besprechungen jeder neuen literarischen Erscheinung, Zeitungsschau, Standesangelegenheiten, Medizinische Tagesgeschichte, Correspondenzen, Feuilletons.**

Die **„Militärärztliche Zeitung"** erscheint auch ferner als regelmässige Beilage zur „Medizinischen Presse" und wird dem bisher verfolgten Programme treu bleiben.

Die zur „Medizinischen Presse" in Monatsheften erscheinende Beilage

„Wiener Klinik"

bringt in jedem Hefte einen abgeschlossenen klinischen Vortrag aus dem Gesammtgebiete der praktischen Heilkunde. Die hervorragendsten Professoren und die anerkanntesten Docenten der Wiener Universität haben dem Unternehmen ihre Mitwirkung zugesichert. Die Vorträge behandeln nur Fragen von allgemeinem Interesse, diese aber, ohne sich in ermüdende Details zu verlieren, erschöpfend, so dass jeder Vortrag eine übersichtliche Darstellung des jeweiligen Standes der Fragen gibt.

ABONNEMENTS-PREISE:

„Mediz. Presse" und „Wiener Klinik": Inland: Jährl. 10 fl., halbjährl. 5 fl., vierteljährl. 2 fl. 50 kr. Ausland: Jährl. 24 Mrk., halbjährl. 12 Mrk., vierteljährl. 6 Mrk. „Wr. Klinik" separat: Inland jährl.: 4 fl.; Ausland: 8 Mrk. — Man abonnirt im Auslande bei allen Postämtern und Buchhändlern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administration der „Wiener Med. Presse" in Wien, I., Maximilianstrasse 4.**

Verlag von **URBAN & SCHWARZENBERG** in **Wien, Maximilianstrasse 4.**

DIE HYDROTHERAPIE
auf physiologischer und klinischer Grundlage.
Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende
von
Dr. Wilhelm Winternitz,

Kais. Rath, Docent für innere Medizin an der Wiener Universität.

Mit zahlreichen in den Text gedruckten Holzschnitten.

I. Band: Der Einfluss der Hydrotherapie auf Innervation und Circulation.

Preis 3 fl. 60 kr. = 7 Mark 20 Pf.

Das vorliegende Werk dürfte bestimmt sein, einen hervorragenden Platz in der medicinischen Literatur unserer Tage einzunehmen. Der soeben erschienene 1. Band wenigstens hält, was er verspricht, nämlich die Begründung der Hydrotherapie auf Physiologie und Klinik neuesten Standpunktes. Verfasser begründet seine Lehren überall in klarer, wissenschaftlicher Weise, — sowohl durch Experimente, als durch Beobachtungen am Krankenbett dieselbe erhärtend. Obwohl besonders hervorragend durch eigene Studien des Verfassers, sind doch die Arbeiten Anderer gebührend berücksichtigt. Der 1. Band handelt von dem Einfluss der Hydrotherapie auf Innervation und Circulation und dürfte somit wohl die wichtigsten Capitel umfassen.

Seitdem die Hydrotherapie angefangen hat, Gemeingut aller Aerzte zu werden, ist ein Buch wie das von Winternitz ein wirkliches Bedürfniss und empfehlen wir es nicht blos Inhabern von Wasserheilanstalten, sondern allen praktischen Aerzten auf's Beste. (St. Petersburger med. Wochenschrift. 1877. Nr. 7.)

Der zweite Band: **Der Einfluss der Hydrotherapie auf die organische Wärme und den Stoffwechsel,** wird möglichst bald nachfolgen.

Digitized by Google

Anerkennungs-Diplom
der internationalen Ausstellung in WIEN 1873.
„Medaille d'Admission und Diplom"
der internationalen Ausstellung für Gesundheitspflege und Rettungswesen in BRÜSSEL 1876.

Einfachste Behandlung
der
Verletzungen am menschlichen Körper
(Wunden, Quetschungen, Verbrennungen etc.)
mit sicherstem und raschestem Erfolge.

Král's saures, ölsaures Eisenoxyd, (flüssige Eisenseife).
1/1 Flacon **1** fl. ö. W., 1/2 Flacon **50** kr. ö. W.

naturgemässeste Eisenpräparate zum internen Gebrauche:

Král's krystallinisch-körnig. Eisenzucker.
1 Flacon **1** fl. **50** kr. ö. W., Mässchen dazu **3** und **6** kr. ö. W.

Král's verstärkter flüss. Eisenzucker.
1/1 Flacon **1** fl. **12** kr., 1/2 Flacon **60** kr. ö. W.

Fabrik Král's k. k. priv. chem. Präparate in Olmütz.

Warnung. Man sichere sich vor dem Ankaufe von Fälschungen. Der Erzeuger des sogenannten „Med. flüssigen Eisenzucker", Jos. Fürst, Apotheker „zum weissen Engel" in Prag, stand am 27. April 1871 bei der daselbst stattgefundenen Schwurgerichtsverhandlung als „unbefugter Nachmacher" der Präparate Král's im Gerichtssaale.

Im Verlage von **August Hirschwald** in Berlin erschien soeben und ist durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Das Denken in der Medicin.

Rede gehalten zur Feier des Stiftungsfestes der militärärztlichen Bildungsanstalten am 2. August 1877
von Dr. **H. Helmholtz.**
14 gr. 8. Preis: 1 M. = 65 kr.

Privat-Heilanstalt
für
Gemüths- und Nervenkranke
in 16
Oberdöbling, Hirschengasse 71.

Digitized by Google

Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

525. Messungen des intracapsulären Druckes am Kniegelenk des Lebenden. Vorläufige Mittheilung von Dr. H. R. Ranke. (Centralbl. f. Chirurgie 1875, Nr. 39.)

Die Messungen wurden an 15 Fällen, in denen man das Kniegelenk punktirte, vorgenommen. Die Troicartcanüle war mit einer seitlichen Abzweigung versehen, die mit einem offenen Quecksilber-Manometer in Verbindung stand. Die äussere Mündung der Canüle konnte beliebig geschlossen und geöffnet werden. Der intracapsuläre Druck war in allen punktirten Fällen natürlich ein positiver, er erreichte sein Maximum bei rechtwinklig gebeugtem Knie, sein Minimum bei einer Flexion von circa 30°, sein Mittel bei vollständig gestrecktem Knie. Um den Einfluss der Extension auf die Druckhöhe zu messen, bedarf es bei der kurzen Dauer eines Versuches bedeutender Gewichte (von 25 bis 40 Pfund). Die Extension ergibt in allen Fällen, wo der Druck positiv ist, eine Steigerung desselben, wenn auch nur um höchstens 2 Cent. Quecksilber. Ward der Druck im Gelenk nach Ablassen der Flüssigkeit gleich Null, so konnte in einigen Fällen bei angewendeter Extension ein Sinken des Manometerstandes, in anderen auch da noch ein Steigen desselben beobachtet werden.

A. von Winiwarter.

526. Ueber die Blutung bei der Exarticulation des Oberschenkels und deren Vermeidung. Von Dr. August Lüning.

Verfasser anerkennt folgende Indicationen für diese Operation:

1. Zerschmetterung des oberen Endes des Femur mit Eröffnung des Hüftgelenkes und so hochgradiger Zerreissung der Weichtheile, dass Resection und conservative Behandlung ausgeschlossen sind, oder mit Zerreissung der A. und V. femoralis. Hieher gehören auch die mehr oder minder vollständigen Abreissungen der Extremitäten nahe dem Hüftgelenke.

2. Tumoren des Oberschenkels vom Knochen oder den Weichtheilen ausgehend, welche wegen ihrer Ausdehnung in die Länge oder die Breite die locale Exstirpation nicht mehr erlauben.

Digitized by Google

3. Gangrän spontanen oder traumatischen Ursprunges, welche bis in die Nähe des Hüftgelenkes reicht.

4. Alle acut oder chronisch entzündlichen Affectionen des Femur, seien dieselben spontaner Natur oder Folge eines Trauma's, welche die Amputation erfordern, wo dieselbe aber wegen Ausbreitung des Uebels bis in's Hüftgelenk oder in dessen unmittelbare Umgebung nicht mehr ausgeführt werden kann.

5. Wären noch die Fälle von nothwendig gewordener Reamputation oder Exarticulation von Amputationsstümpfen zu erwähnen.

Hüftgelenksschüsse hielt man noch vor gar nicht langer Zeit für absolute Indication der Exarticulation, wenn A. und V. fem. mit getroffen waren. Später wurden auch der Resection bedeutende Rechte eingeräumt. Endlich hat v. Langenbeck von 75 Hüftgelenksschüssen 18 Heilungen bei absolut conservativer Behandlung nachgewiesen.

Im Uebrigen sind Fälle bekannt, wo aus ganz andern Ursachen das Femur exstirpirt wurde: so Gross in Philadelphia wegen Hautdefect nach Verbrennung; Mac Carmac wegen Granatschuss der Weichtheile ohne Gefäss- und Knochenverletzung; Boeckel in Strassburg wegen hysterischer Coxitis und secundärer Atrophie; Mayo in Amerika wegen Neuralgie.

Verf. stellt nun eine Statistik von 497 Fällen zusammen und kommt zu folgenden Resultaten:

1. Die Gesammtmortalität der Exstirp. fem. ist eine sehr grosse. (70% von 486 Fällen.)

2. Dieselbe hat sich in jüngster Zeit in unbedeutendem Grade vermindert.

3. Die ungünstigste Prognose ergibt sich für die Operationen wegen Schussverletzung (88% von 239 Fällen) und zwar:

a) unter diesen die ungünstigste für Operationen während des Stadiums der höchsten entzündlichen Reaction (95% von 22 Fällen);

b) nur wenig günstiger stellt sich die Prognose für die primäre Exarticulation (93% von 90 Fällen);

c) Dagegen bessert sich dieselbe wieder successive, je mehr Zeit zwischen Verletzung und Operation liegt, und erreicht für ganz späte Operationen die günstige Mortalität von 58%;

d) die Operationen wegen Schussverletzungen in der Civilpraxis ergaben dasselbe ungünstige Resultat.

4. Nicht sehr viel günstiger sind die Ergebnisse bei den Operationen wegen anderweitiger traumatischer Veranlassung (71% von 55 Fällen). Das Verhältniss der Zeitperioden ist dasselbe, wie in Punkt 3 (*a*—*c*).

5. Entschieden günstiger als bei obigen Kategorien sind die Resultate bei patholog. Indicationen. (42% Mortal. bei 153 Fällen.) Diese Mortalität scheint in neuester Zeit noch etwas gesunken zu sein.

Digitized by Google

6. Am wenigsten gefährlich sind die sog. Reamputationen. (40% Mortal. von 32 Fällen.)

Ebenfalls nicht ungünstig scheinen die Operationen nach vorausgegangener Resection zu verlaufen. (50% von 6 Fällen.)

7. Erhebliche Differenzen in der Prognose nach Alter und Geschlecht existiren nicht.

An der Hand von 239 letal abgelaufenen Fällen dieser „denkbar blutigsten Operation", die Verf. zusammengestellt hat, formulirt er bezüglich der zwischen Operation und Exitus verstrichenen Zeit folgende Daten:

1. 5% aller letalen Fälle starben schon während der Operation.
2. 12½% bis zum Ablaufe der ersten Stunde nach derselben
3. 26% innerhalb der ersten 5 Stunden.
4. 46% „ „ „ 24 „
5. 57% „ „ „ 48 „
6. 70% „ „ „ 8 Tage.

Indem er die einzelnen Krankengeschichten dieser Fälle genauer studirt, kömmt er zu folgendem Schlusse:

Der Einfluss von Nachblutungen, Complicationen, des Shoks und der Chloroform-Intoxication auf die Mortalität innerhalb der ersten 5 Tage nach der Operation ist ein zwar unbestreitbarer, aber keineswegs bedeutender. Derselbe wird meist nur durch gleichzeitiges Bestehen einer acuten oder chronischen Anämie zu voller Wirkung gebracht; in weitaus den meisten Fällen aber muss der frühzeitige letale Exitus auf Rechnung eines relativ oder absolut zu hohen Blutverlustes gesetzt werden.

Die grosse Mehrzahl aller im Hüftgelenke Exarticulirten, bei denen der Tod schon innerhalb der ersten 5 Tage eintrat, oder 70% aller ungünstigen Fälle, starb an Verblutung.

Zum Schlusse des II. Abschnittes spricht Verf. seine Erfahrung dahin aus, dass acut anämisch Gewordene Blutverluste in der Regel schlechter vertragen werden, als chronisch Anämische.

Indem L. nun weiter bei der Besprechung der verschiedenen diesbezüglichen Operationsmethoden betont, dass bei jeder derselben möglichste Blutersparniss das leitende Princip sein müsse, führt er die von Prof. Rose geübte, als die nach seiner Ansicht vollkommenste an.

Prof. Rose operirt folgendermassen: Die Compression der art. femor. auf dem horizontalen Schambeinaste wird als überflüssig unterlassen. Die Operation wird mit einem ganz kleinen Scalpelle, dessen Klinge nur circa ¾ Zoll misst, ausgeführt, und zwar in der Weise, als wäre der gesammte Oberschenkel ein aus dem Hüftgelenke zu exstirpirender Tumor, d. h. die Durchtrennung der Theile erfolgt schichtenweise von aussen gegen das Gelenk. Demgemäss wird zuerst ein vorderer Lappen von mässiger Grösse umschnitten, und unter successiver sofortiger Unterbindung aller blutenden Gefässe, auch aller irgend bedeutenderen Venen, zurückpräparirt, und zwar werden wo möglich beide Lumina, das centrale

Digitized by Google

und periphere mit Ligaturen versehen. Unter schichtweisem Vordringen in die Tiefe werden A. und V. femor. blossgelegt, nach Eröffnung ihrer Scheide wie bei einer Continuitätsligatur isolirt und beide doppelt unterbunden, hierauf dazwischen durchgeschnitten. Dasselbe Verfahren wird vor der Durchschneidung einer Reihe anderer grösserer A. und V., besonders auf der A. und V. fem. prof. beobachtet. Nachdem so der Lappen bis zu ansehnlicher Tiefe vorgeschritten ist, wird Pat. auf die Tischecke gezogen und auf ganz analoge Weise ein bei weitem grösserer hinterer Lappen umschnitten und lospräparirt. Beide Lappen bestehen in ihrem untersten Theile wesentlich aus Haut. Sobald dieselben soweit beweglich geworden sind, dass sie abgehoben werden können, tritt eine andere Trennungsweise der tiefsten Muskelschichten ein. Vom inneren Vereinigungswinkel beider Lappen aus wird jeder Muskel einzeln vom Operateur unten und vom Assistenten oben mit zwei Fingern gefasst, und erst dann durchschnitten. So kann jede Blutung durch Compression sogleich unterdrückt werden, bis die Stelle unterbunden ist.

Durch solch' schichtweises Vordringen wird endlich die Kapsel von vorn blossgelegt, eingeschnitten, das Femur in der gewöhnlichen Weise nach Durchschneidung des lig. teres luxirt, und die noch restirenden Muskeln des hinteren Lappens durchtrennt. Mit der Operation ist die Blutstillung Hand in Hand gegangen und es müssen nach Abspülung der Wunde mit Eiswasser nur noch einige schwach blutende Stellen unterbunden werden. Die Lappen werden partiell genäht, ein Drainrohr durchgezogen. Offene Wundbehandlung. von Buschmann.

527. Eine neue Methode der Diagnose und der Operation von Blasenstein. Von Dr. Waitz. (Berl. klin. Wochenschr. 1875, Nr. 50, Prager Vierteljahrsschr. 130.)

Dieselbe stammt von William Donald Napier, einem angesehenen Zahnarzt in London, welcher seit Jahren an Steinbeschwerden litt, ohne dass es den bedeutendsten Operateuren in London gelungen war, einen Stein nachzuweisen, und der dann selbst, in der sicheren Ueberzeugung, dass doch ein Stein in seiner Blase vorhanden sei, sich eine neue Steinsonde ersann. Es gelang ihm, nicht nur die sichere Diagnose zu stellen, es gelang ihm auch, durch ein ebenfalls von ihm neu erfundenes Instrument den Stein vollständig zu entfernen. Die Steinsonde Napier's, die selbst die Diagnose der allerkleinsten Steinpartikelchen ermöglicht, ist an ihrem schnabelförmigen Ende mit einer Lage reinen Bleies überzogen, das mit einem Stückchen Leder blank und glatt polirt werden kann. Ausserdem wird die Spitze noch durch Eintauchen in eine 1 pCt. Nitras argenti-Lösung geschwärzt. Der Operateur überzeugte sich vor Anwendung des Instrumentes auf das Genaueste, sogar mit Hilfe einer Loupe, dass keine Berührungsmerkmale auf der Spitze der Sonde vorhanden sind, führt dann das Instrument in die Blase und forscht nach allen Richtungen. Wenn die Sonde dabei mit Steinpartikelchen nur in

Digitized by Google

die leiseste Berührung kommt, erhält sie auf ihrer blanken, schwarzen Oberfläche kleine Merkmale. Diese erkennt man beim Herausziehen der Sonde und hat den Beweis in der Hand, dass ein harter Fremdkörper in der Blase vorhanden ist. Wenn die Spitze, die man in die Blase eingeführt hat, gar keinen Eindruck zeigt, kann man schliessen, dass sie keine Steinpartikelchen berührt hat. — Zur Operation bedarf man eines Catheters von Kautschuk, der in einen Trichter ausläuft, nahezu von der Form einer Windenblüthe (Convolvulus). Wenn dieser in die Blase eingeführt ist, wird der Trichter bei aufrechter Stellung des Patienten durch seine Form und Lage das Receptaculum für den Stein, der durch seine natürliche Schwere oder durch den Strom des Urins gegen den Blasenhals angetrieben wird. Vor der Operation ist es gut, eine Injection von Wasser in die Blase zu machen. Wenn dieses dann aufhört, durch den Kautschukcatheter abzufliessen, ist anzunehmen, dass der Trichter den Stein in sich aufgenommen hat. Man ziehe den Catheter dann aus der Blase heraus und mit ihm den Fremdkörper im Trichter, der demselben dicht anliegt, und zugleich eine Verletzung der Harnröhrenschleimhaut durch den Stein verhindert. Die schwierigste Aufgabe bei dieser Operation ist, den Kautschukcatheter so weit in die Blase hineinzuführen, dass er sich mit seinem Trichter hier zu öffnen vermag. Napier benützt dazu einen vorne offenen, metallenen Katheter, in den er den Kautschukcatheter vorher ganz hineinziehen kann und dessen Oeffnung, um eine Verwundung in der Harnröhre zu vermeiden, mit kleinen eigens dazu angefertigten Knöpfchen von Cacaobutter abgerundet und verschlossen ist. So armirt wird der metallene Katheter in die Blase eingeführt. Hier schmilzt das Knöpfchen aus Cacaobutter und der Kautschuktrichter lässt sich nun aus der metallischen Umhüllung in die Blase hineinstossen. Hierzu bedarf es eines eigenen Stilets aus Draht, welches mit grosser Vorsicht angewandt werden muss. Vermittelst kleiner auf einander folgender Stösse wird der Kautschukcatheter vorgestossen, bis er schliesslich in die Blase hineinschlüpft, sich hier durch Entfaltung des Trichters fixirt, und auch von der Blase festgehalten wird, wenn man nun den Metalltrichter allein entfernt. Der Kautschukextractor, wie ihn Napier nennt, ist für jeden Fall von Blasenstein anwendbar. Ist der Stein zu umfangreich, so muss vorher die Lithotripsie gemacht werden. Auch ist dieser Catheter in jenen Fällen anwendbar, wo ein Instrument in der Blase liegen bleiben und das Herausschlüpfen vermieden werden soll. Der Trichter, der in diesem Falle nur klein zu sein braucht, hält den Catheter in der Blase zurück. Einführung wie oben.

528. Eine Modification des Lister'schen Verbandes. Von Prim.-Doc. Dr. Englisch. Mitth. d. medic. Doctoren-Collegiums vom 9. November 1876.

E. verwendet statt Silk und Makintosh das von Epstein in Wien erzeugte vegetabilische Pergament, und zwar mit der Bezeichnung Nr. 00

Digitized by Google

und Nr. 000 — Pergamentpauspapier, während alles andere bei seinem Verbande genau nach Lister gemacht wird.

Da aber das Pergamentpapier leicht anklebt, so wird jenes Stück, welches den Silk vertreten soll, in Glycerin mit etwas Carbolsäure erweicht.

Der Verband wird in folgender Weise gemacht:

Reinigung der Wunde und Umgebung unter Spray. Auflage eines kleinen Stückes in Glycerin erweichten Pergamentpapieres, das die Wundränder nur um Weniges überragt, darüber eine zweifache Lage von in 2% Carbollösung getränkter Lister'scher Gaze, darüber 6—8 Schichten desselben Stoffes, aber trocken, die Wunde um 5—10 Ctm. überragend; darauf ein etwas grösseres ebenfalls in Carbolwasser getauchtes Stück Pergamentpapieres; das Ganze wird dann mit Bruns'scher Watta gedeckt und durch Binden gehörig niedergedrückt.

Streifen dieses Pergamentpapieres bieten nach E.'s Erfahrung auch einen guten Ersatz für Heftpflasterstreifen, indem sie sich genau anschmiegen, und beim Trockenwerden sich etwas verkürzen.

Ein Nachtheil desselben ist, dass es sich beim Trocknen in die Haut eingräbt und dadurch manchmal belästigt.

von Buschmann.

529. Operative Entfernung der Gelenkmäuse aus dem Kniegelenke. Von Dr. Streicek. (Prager Medicin. Doctoren-Collegium, 9. Mai 1876.)

S. demonstrirt einen 23jährigen Soldaten, der in seinem 15. Lebensjahre eine Verletzung des Knies sich zuzog und seit damals Gehbeschwerden hatte.

S. fand einen bohnengrossen beweglichen Gelenkkörper, der dem Pat. in der letzten Zeit das Gehen gänzlich unmöglich machte. — Den Gelenkkörper extrahirte S., nachdem er ihn fixiren liess, und auf ihn einschnitt, nur mit Mühe, da er zwischen die Sehnen der Unterschenkelmuskel ausgewichen war. — Die Wunde wurde genäht, mit einem Carbolverbande bedeckt, und hierauf ein Gipsverband angelegt.

Eiterung während mehrerer Wochen; schliesslich Heilung und schmerzlose Gebrauchsfähigkeit der Extremität. Nach S. war Ambroise Paré (1545) der erste Operateur freier Gelenkkörper. Wölfler.

530. Neuroplastische Resection am N. median. und N. ulnaris. Von Dr. H. Braun. (Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin, Nr. 25, 1876.)

In die Klinik des Prof. Simon in Heidelberg wurde ein Mann mit Lähmung des Vorderarmes aufgenommen, die von einer Stichverletzung im Sulcus bicip. int. herrührte. Man sieht dort eine Narbe, und fühlt darunter eine kl., knotige, schmerzhafte Anschwellung. Die Sensibilität und Motilität im Bereiche des N. med. und ulnar. ist erloschen, die Muskeln

Digitized by Google

sind atrophirt. — Am 9. Februar 1875 wurde von Prof. Simon unter Lister's Cautelen die alte Narbe eingeschnitten und die Nerven aufgesucht, deren Schnittenden durch Bindegewebe vereinigt waren. — Für die Operationstechnik war es von besonderem Vortheile, dass die centralen Enden wegen ihrer knotigen Anschwellung leicht auffindbar waren. — Die peripheren Enden des N. ulnar. und median. waren 2—3 Centimeter retrahirt und konnten nur mit Mühe entdeckt werden.

Nun wurden die Nervenenden beider Nerven angefrischt und theils mittelst Catgut, theils mit Seide vereinigt. Am N. med. wurden 2, am N. ulnar. 3 und am N. cutan. int. major 1 Naht angelegt.

Fixirung der Extremität in Beugestellung; Verband nach Lister. Die Operation dauerte mehrere Stunden.

Die Wundheilung, welche nur in den ersten Tagen von Fiebererscheinungen begleitet war, ging ohne weitere Störung vor sich. — Die Sensibilität hatte sich bald hergestellt, die functionelle Thätigkeit der Hand allerdings erst nach einem halben Jahre in beschränktem Masse; dennoch ist der Erfolg sehr bemerkenswerth und für den arbeitenden Pat. von grossem Nutzen. — Verf. gelangt, auf die Beobachtung des erwähnten Falles und des von v. Langenbeck operirten sich stützend, zu folgenden Schlüssen:

Die neuroplastische Resection der Nerven und nachfolgende Vereinigung der Nervenenden ist in allen Fällen angezeigt, bei denen keine Hoffnung auf spontane Rückkehr der Innervation besteht. Die Operation hat weder neuritische Erscheinungen, noch Trismus oder Tetanus im Gefolge, und vermag die Leitung, die Wiederkehr der Sensibilität und Motilität (letztere erst nach längerer Zeit) wiederherzustellen.

Wölfler.

531. Phlebarteriektasie der linken oberen Extremität. Von Dr. Carl Nikoladoni. (Archiv für klin. Chirurgie, XIX. Band.)

Verf. beschreibt einen Fall von Phlebarteriektasie der linken oberen Extremität, den er bei einem 22jährigen Manne beobachtete. Nach den Angaben der Eltern des Patienten datiren die ersten Anfänge seines Leidens aus seinem zweiten Lebensjahre. Die in früher Jugend schon auftretenden heftigen Schmerzen steigerten sich in der letzten Zeit so, dass der Kranke jede etwas anstrengendere Arbeit aufgeben musste. Die Ektasie betrifft die Arterien des linken Armes und erreicht ihre grösste Intensität in dem Stromgebiete der Art. ulnaris. Die Hand zeigt die auffallendsten Veränderungen. Der Handteller und insbesondere die Gegend des Antithenars ist mehr vorgewölbt, die ganzen Weichtheile daselbst, sowie die der volaren Antheile der Finger sind durch ein pulsirendes, auf Compression hin sich entleerendes Gefässconvolut verdrängt, welches sich von der Vola längs des ulnaren Randes auf das Dorsum manus fortsetzt und auch hier die Gegend ober den 4. und 5. Metacarpus auffallend her-

Digitized by Google

vorwölbt. Sowohl der Hauptstamm der Art. ulnaris als wie auch der dorsale Ast zeigen bedeutende circumscripte Ektasirungen. Die Haut am Dorsum, ferner am Antithenar und am 4. und 5. Finger zeigt sich eigenthümlich verändert. Es finden sich daselbst theils grössere aus kleinen Flecken gruppirte, violett gefärbte, unmittelbar unter einer zarten Epidermisschichte liegende, theils kleinere, über das Niveau prominirende, hellroth gefärbte, den gewöhnlichen Warzen ganz ähnliche Bildungen. Bei Druck auf diese Hautpartien gelingt es, das Blut aus ihnen zu verstreichen, wobei jedoch immer in der anämisch gemachten Haut eine braune Pigmentirung zum Vorschein kommt. Die prominenten Stellen sind bei Druck ausserordentlich schmerzhaft. Andere Flecke wieder erscheinen tief in der Cutis gelegen, ihre Färbung ist eine mehr bläuliche, weniger lebhafte und es entbehren dieselben noch der Pigmentirung. Alle Venen, welche von der Hand herkommen, sind ausserordentlich ausgedehnt und zeigen lebhafte Pulsation. Mit der aufgelegten Hand fühlt man an den Venen, bis hinauf in die Subclavia ein deutliches Schwirren und hört ein leichtes Geräusch. Das grösste Interesse dieses Falles bietet die eigenthümliche Veränderung an der Haut. Wenn man den ganzen Process als einen entzündlichen Vorgang in der Gefässwandung auffasst, der, in den Arterien beginnend, sich von hier auf das Capillargebiet und die Venen fortpflanzt, so können die Veränderungen in der Haut nur so gedeutet werden, dass die einzelnen Flecken in der Haut je einem ektatisch erkrankten Capillargebiete entsprechen. In Folge der Entzündung kommt es zu einer Hyperplasie der Cutis, welches Stadium der Erkrankung in den prominenten schmerzhaften Stellen zum Ausdruck kommt. In einem späteren Stadium kommt es in Folge der Ektasirung der Capillaren zu einer Rarefaction des Gewebes und die dieser Zeit angehörigen Partien sind die glatten, dunkelviolett gefärbten, confluirten Flecke. Immer ist dabei als Zeichen der Entzündung die Pigmentirung vorhanden. Wo die Weichtheile am dünnsten sind, dort tritt der Process am schnellsten an die Oberfläche der Haut; daher finden sich die meisten Flecke am Dorsum manus und hier wieder hauptsächlich am ulnaren Rande, weil das Stromgebiet der A. ulnaris bei weitem mehr als jenes der A. radialis ergriffen ist.

Ebenso wie in einem ähnlichen, früher von N. veröffentlichten Falle ging auch bei diesem Kranken auf Compression der Art. brachialis der Puls auffallend, und zwar von 80 auf 68 Schläge in der Minute herab. Die Erklärung für dieses Phänomen liegt in der mechanischen Reizung des Vagus, welche durch die Erweiterung des central von der Compressionsstelle gelegenen Abschnittes der Arteria subclavia zu Stande kommt. Herzhypertrophie besteht in dem geschilderten Falle nicht; als therapeutisches Verfahren würde, da die Arterien des Oberarms noch gesund sind, die hohe Oberarmamputation voraussichtlich gute Chancen darbieten.

A. von Winiwarter.

Digitized by Google

532. Ein neuer Fall von Catheterismus posterior. Von Ranke. (Deutsche med. Wochenschr. 1876, Nr. 29.)

Der 51 Jahre alte Patient hatte sich vor 19 Jahren durch einen Fall eine Verletzung der Pars bulbosa urethrae zugezogen. Die consecutive Strictur wurde wiederholt mit allmäliger Dilatation behandelt. Endlich trat vollständige Harnverhaltung ein, die Verengerung war ganz undurchgängig, es wurde darum der hohe Blasenstich gemacht. In der Volkmann'schen Klinik wurde dann, da alle Sondirungsversuche vergeblich waren, der äussere Harnröhrenschnitt gemacht, und zwar wurde ein elastischer Catheter von der Blasenwunde aus in die Harnröhre bis zur Strictur geführt, ebenso ein zweiter von der äusseren Mündung der Harnröhre aus.

In der 1 Zoll langen Narbenmasse zwischen den Enden der beiden Catheter konnte keine Spur eines Lumens entdeckt werden. Die Narbe wurde darum gespalten und ein bleibender Catheter eingelegt. Der Verlauf war günstig. In diesem Falle wäre ohne Catheterismus posterior das centrale Ende der Urethra schwer aufzufinden gewesen, da es stark seitlich verzogen war, so aber war die ganze Operation in wenigen Minuten beendet. (Wien. med. Wochenschr.)

533. Ein Fall von Osteotomie des Schenkelhalses beider Seiten wegen Ankylose. Von Edward Lund. (Brit. med. Journ. Jan. 29. 1876.)

Ein 20jähriger Mann wurde wegen einer durch „chronischen Gelenksrheumatismus" veranlassten Ankylose beider Hüftgelenke aufgenommen. Vorhergegangen waren wiederholte Anfälle von acutem Gelenksrheumatismus, angeblich veranlasst durch Arbeiten auf feuchtem Boden und raschen Temperaturwechsel. Die Hüftgelenke waren beiderseits in gestreckter Stellung vollkommen unbeweglich, fast fixirt, so dass es nicht möglich war, in der Narkose die Verwachsungen zu trennen. L. operirte nun auf folgende Weise nacheinander an beiden Beinen: Er durchtrennte die Weichtheile über dem Schenkelhalse mit einem Tenotom und sägte den Schenkelhals durch. Die Operation wurde unter Carbol-Spray und mit allen Vorsichtsmassregeln der antiseptischen Methode ausgeführt; unmittelbar darnach war die Beweglichkeit des Schenkels eine fast normale. In 16 Tagen war die Weichtheilwunde geheilt und nun wurden wiederholt in der Narkose passive Bewegungen vorgenommen und zugleich an die Extremität ein Gewicht von 14 Pfunden mittelst einer Extensionsrolle angehängt, welches der Pat. öfters durch Beugen des Knies in die Höhe ziehen musste. Dies schien von grosser Wirkung auf die Ausbildung der Beweglichkeit. Am Schlusse der Behandlung waren beide Oberschenkel in dem neuen Gelenk, d. h. der Pseudarthrose zwischen den Trennungsflächen des Schenkelhalses vollkommen beweglich, der Mann konnte umhergehen, kräftige Bewegungen mit seinen Beinen ausführen, ja selbst auf einem Bein (dem zuerst operirten) allein stehen ($4^1/_2$ Monate

Digitized by Google

nach der ersten Operation). Abbildungen stellten den Pat. stehend und auf einem Sessel sitzend dar. A. von Winiwarter.

534. Odontalgie, deren Ursachen und Behandlung. Von Dr. L. Hollaender in Halle.

Man unterscheidet zweierlei Arten von Zahnschmerz, die von localen Ursachen abhängig und solche, die durch allgemeine Störungen bedingt sind.

Zu den Zahnschmerzen aus localen Ursachen liefern die Erkrankungen der Pulpa das grösste Contingent. Als Irritation der Pulpa oder „sensitives Dentin" bezeichnet man diejenigen Fälle von Odontalgie, welche entstehen, wenn vor Blosslegung der Pulpa durch Caries die feinen Nervenverästelungen, die sich nach den Untersuchungen Boll's von der Pulpa aus in die Dentincanälchen erstrecken, blossgelegt und der Einwirkung äusserer Reize — Wärme, Kälte, Säuren etc. — ausgesetzt werden. Man findet solch sensitives Dentin am häufigsten bei Caries am Zahnhalse; auch scheinen constitutionelle Verhältnisse das Dentin besonders empfindlich zu machen, z. B. zur Zeit der Menstruation; bei Personen, welche durch langwierige Krankheiten, besonders Ohrenleiden sehr heruntergekommen sind etc. — Bei dieser Art des Zahnschmerzes feiern alle die vielfach angepriesenen Geheimmittel die grössten Triumphe, da es nur darauf ankommt, die Empfindlichkeit des Dentin abzustumpfen. Diesen Zweck erreicht man dadurch, dass man Argent. nitr. in Pulverform, Lösungen von Zinc. chlorat., Kreosot, Chloroform, Chloroform und Tinct. aconit. ana, Acid. chromic. etc., ferner Lösungen von Mastix, Sandarac, Benzoë in Alkohol, Ol. cajeputi, Caryophyll. etc. mittelst eines Baumwollenbäuschchens in die Höhle bringt, mit Wachs verklebt und einen Tag liegen lässt; viele Zahnärzte gebrauchen auch die Sorrel'sche Composition (eine Lösung von Chlorzink mit Zinkoxyd gemengt), welche im Zahn erhärtet und nach einigen Tagen herausgenommen wird. In neuester Zeit nimmt man dem Dentin seine Empfindlichkeit durch die amerikanische Bohrmaschine, mit welcher man die cariöse Höhle reinigt.

Heftige Zahnschmerzen entstehen erst, wenn die Pulpa selbst durch die Caries blossgelegt ist, indem dann die äusseren Schädlichkeiten direct das nervenreiche Organ treffen. Im Anfang sind diese Schmerzen vorübergehend, wie die Schädlichkeit, durch welche sie hervorgerufen werden. Ist aber die Pulpa entzündet und ihre blossliegende Partie von einem eiterigen Belage bedeckt, so dauern die Schmerzen continuirlich fort, bis eine Entartung derselben ihre Empfindlichkeit vernichtet hat. — Die Therapie besteht in der vollständigen Entfernung der Pulpa oder in der Wegätzung ihrer blossliegenden Partie, wozu man gewöhnlich das von Amerika aus empfohlene Arsenik anwendet. Man bringt dasselbe entweder als Pulver oder in Form einer Pasta in die cariöse Höhle ein und lässt das Präparat 12—20 Stunden, aber nicht länger, im Zahn liegen.

Digitized by Google

— Aber nicht stets ist es leicht, die betreffende entblösste, schmerzhafte Pulpa aufzufinden, und nicht in allen Fällen wird durch die afficirte Pulpa erregter Schmerz in dem betreffenden Zahne auftreten. Namentlich wird häufig die Caries, welche bei dichtgedrängten Bicuspidalen und Molarzähnen die Pulpa von der Berührungefläche aus blosslegt, übersehen und der Zahnschmerz für „rheumatisch" erklärt. Dass der durch eine blossliegende Pulpa erregte Schmerz in einem andern Zahne als dem afficirten oder gar in einem andern Nervenaste ausstrahlen kann, ist bekannt, und es ist Pflicht des Arztes, bei jeder am Kopfe auftretenden „Neuralgie", deren Ursache unbekannt ist, die Zähne genau mit dem Mundspiegel und der Zahnsonde zu untersuchen.

Ausser derjenigen Odontalgie, welche auftritt, wenn die Pulpa durch Caries blossgelegt ist, gibt es noch Erkrankungen derselben bei anscheinend ganz gesunden Zähnen, welche heftige Schmerzen verursachen. Hierhin gehört: 1) die Ablagerung von Kalkconcrementen, die vollständige Umwandlung der Pulpa in sogenanntes Osteodentin und die Entwicklung kleiner, aus unregelmässig gebildetem Dentin bestehender Körperchen, sogenannter interner Odontome in derselben. Sie verursachen die entsetzlichsten Schmerzen und bilden sich in verschiedenen Zähnen nacheinander, so dass man gezwungen ist, einen Zahn nach dem andern auszuziehen. — 2) Geht die allmälige Abreibung des Schmelzes der Krone schneller vor sich, als die Pulpa im Stande ist, neues Zahnbein („Ersatzdentin") der abgeriebenen Stelle gegenüber anzusetzen, wie dies bei den Molaren älterer und solcher Personen vorkommt, die stets eine gleichmässige Nahrung zu sich nehmen, — so entsteht oft eine ausserordentliche Empfindlichkeit gegen Kälte und Wärme oder mechanischen Druck. Die Therapie hat hier den Zweck, das entblösste Dentin vor den äusserlichen Schädlichkeiten zu schützen, was man am schnellsten durch Bestreichen der abgenutzten Krone mit dem Höllensteinstift erreicht; man muss dies nur öfter, etwa alle 14 Tage, wiederholen. — 3) Die heftigsten Zahnschmerzen und Veranlassung zu allerhand Neuralgien gibt Vereiterung und Verjauchung der Pulpa und Gasansammlung in der nicht geöffneten Pulpahöhle. Am häufigsten kommt dies vor, wenn bei Plombirungen mit Amalgammasse kleine Quecksilberkügelchen durch die bereits erweichten Zahncanälchen in die Pulpahöhle gerathen oder durch zu starkes Einhämmern der Goldfüllung die Pulpa erschüttert wird. Im ersteren Falle ist der kranke Zahn stets stark dunkel gefärbt, im zweiten sieht er matt und trübe aus; zuweilen ist er bei Druck empfindlich. Sich selbst überlassen, sucht der Eiter seinen Ausgang durch die Wurzel und es bildet sich ein Alveolarabscess. Die Therapie besteht, wenn die Extraction vermieden werden soll, in der Anbohrung der Pulpahöhle.

Eine häufige Ursache der Odontalgie sind ferner Wurzelhautentzündungen. Wurzelhautentzündungen kommen fast nie primär vor, sondern stellen sich meist nur dann am Zahn ein, wenn derselbe durch ein Trauma

Digitized by Google

verletzt ist, oder wenn durch die geöffnete Pulpahöhle äussere Eindrücke zur Wurzelhaut geleitet werden. Der Kranke fühlt einen dumpfen, nagenden Schmerz in einem bestimmten Zahn, welcher sowohl durch Anklopfen desselben, als auch durch Druck auf die Gegend der Wurzelspitze zunimmt, was bei Pulpa-Erkrankungen nicht der Fall ist. — In diesem Stadium hilft oft eine einmalige Bepinselung des Zahnfleisches mit Jodtinctur und das Einlegen eines Wattebäuschchens mit Oleum phosphor. oder Tinct. Jod. und Acid. carbol. ana in die cariöse Höhle; Arsenik dagegen steigert den Schmerz aufs heftigste. Bei heftigen Entzündungserscheinungen lässt man 2—3 Blutegel an's Zahnfleisch setzen und gibt ein Abführmittel. Ist Eiterung eingetreten, so verliert der Schmerz seinen acuten Charakter und wir haben es dann mit jenen Folgezuständen zu thun, welche die Extraction des betreffenden Zahnes auf's dringendste erheischen.

Zu sehr wichtigen Folgen kann der schwierige Durchbruch des Weisheitszahnes im Unterkiefer Veranlassung geben. Bekanntlich gibt es keine bestimmte Zeit für denselben; er kann im 17. Jahre durchtreten und braucht im 40. noch nicht vorhanden zu sein. Der Zustand ist häufig und wird oft verkannt. Entstehen lang anhaltende Schmerzen und zeigen sich die Erscheinungen einer Wurzelhautentzündung am 2. Molaris, so soll man, selbst wenn von dem 3. noch Nichts sichtbar ist, den 2. Molaris ausziehen, auch wenn er anscheinend ganz gesund ist, um später sicher sich einstellende üble Zufälle zu verhüten. Ist das Zahnfleich über dem Weisheitszahn sehr hart, oder drückt der gegenüber liegende Zahn des Oberkiefers auf dasselbe, so mache man einen Einschnitt; auch 3—4 Blutegel an den Kieferwinkel und ein kräftiges Abführmittel beseitigen zuweilen die Schmerzen. Wo aber der Weisheitszahn zu fassen ist, entfernt man ihn durch den Lecluse'schen Hebel. — Aehnliche Schmerzen wie der Durchbruch des 3. Molaris macht häufig bei Kindern der Durchbruch des zweiten bleibenden Zahnes, wenn der Milchzahn nicht vollständig resorbirt noch festsitzt. Man kann dies besonders beim Durchbruch des 2. Bicuspis beobachten, dessen Vorgänger, der 2. Milchmolaris, häufig fest eingekeilt zwischen dem 1. Bicuspis und ersten bleibenden Molaris steht.

Sehr heftige Zahnschmerzen ebenso wie Neuralgien in anderen Bezirken sind ziemlich häufig bedingt durch sogenannte Osteome oder Exostosen des Cements, Neubildungen von Knochensubstanz, welche sich kuppelförmig dem ursprünglichen Cement anlegen und meist sehr langsam wachsen. Sie finden sich stets an der Wurzelspitze bei intactem Periost. Bilden sie sich an einer Wurzel, deren Krone seit längerer Zeit zu Grunde gegangen ist, so verursachen sie meist keine Schmerzen. Kommen sie aber als isolirte Knötchen an der Wurzelspitze ganz gesunder Zähne vor, so bewirken sie heftigen Schmerz und Neuralgien verschiedener Art. Wenn die Kranken den Sitz nicht genau anzugeben wissen, ist die Diagnose

Digitized by Google

oft sehr schwierig und nur bei genauer Untersuchung mit Mundspiegel, Percussion und Anspritzen der einzelnen Zähne mit kaltem Wasser möglich. Meist findet sich das Leiden bei Personen von 25—40 Jahren und befällt nach und nach das ganze Gebiss. Das einzige Mittel ist die Extraction.

Bei älteren Individuen, namentlich Frauen, denen in Folge der verschiedenen Altersveränderungen am Kiefer die Zähne allmälig locker geworden und dann ausgefallen sind, treten zuweilen in den beiden Kiefern, vorzugsweise aber im Oberkiefer sehr heftige Schmerzen auf, von denen die Patienten erklären, dass sie sich vollständig wie Zahnschmerzen äussern. Die Ursache ihrer Entstehung ist nicht festgestellt. Der Verf. empfiehlt tägliche Bepinselungen mit Jodtinctur; einmal hat er die Solutio Fowleri 3mal täglich zu 4 Tropfen mit Erfolg angewandt.

Endlich kann noch ein Zurückweichen des Zahnfleisches vom Zahnhalse, wodurch Zahnperiost und Cement blossgelegt und verschiedenartigen äusseren Reizen ausgesetzt werden, Veranlassung zu sehr lästigen, dumpfen Schmerzen geben, welche, wenn Wurzelhautentzündung hinzutritt, sehr heftig exacerbiren können. Man verordne je nach der Beschaffenheit der Mundflüssigkeit saure oder alkalische Mundwässer und bestreiche von Zeit zu Zeit die entblössten Theile des Zahnhalses und der Wurzel mit Höllenstein. — In sehr seltenen Fällen geben endlich im Kiefer zurückgebliebene und nicht zum Durchbruch gelangte Zähne, sowie verschiedene Zahnmissbildungen, sogenannte Odontome im späteren Alter zu Zahnschmerzen Veranlassung.

Zu der zweiten Art von Zahnschmerzen, d. h. denjenigen, welche auf allgemeine Ursachen zurückzuführen sind, gehören vorerst die Zahnschmerzen, welche während der Schwangerschaft auftreten. Diese sind doppelter Natur, entweder rein nervöse oder bedingt durch Hyperämie, Gefässausdehnungen der Pulpa. Erstere treten stets kurze Zeit nach der Empfängniss, zusammen mit anderen nervösen Beschwerden, wie z. B. Erbrechen auf, und kommen und schwinden ohne besondere Veranlassung und ohne dass ein kranker Zahn als Ausgangspunkt der nach verschiedenen Richtungen hin strahlenden Schmerzen zu eruiren wäre. Die auf Gefässausdehnung beruhenden Schmerzen treten bei Schwangeren erst in den letzten Perioden auf in cariösen sowohl als in ganz gesunden Zähnen, sind continuirlich, pulsirend und klopfend, führen leicht zur Zerstörung der Pulpa und zu der in der Schwangerschaft so häufig sich entwickelnden Caries. — Die Behandlung der nervösen Schmerzen der ersten Periode besteht in der Darreichung narkotischer Mittel in Verbindung mit Nervinis (Morphium mit Tinct. Valerianae etc.). Bei den congestiven Zahnschmerzen der letzten Monate gibt man salinische Abführmittel und macht Einschnitte in's Zahnfleisch. Man extrahire in der Schwangerschaft nur, wenn besondere Indicationen (Wurzelhautentzündung mit Eiterbildung etc.) vorliegen und meide so viel als möglich die erste Hälfte der Schwangerschaft.

Digitized by Google

Aehnlich den Zahnschmerzen der Schwangern sind die Zahnschmerzen bei jungen Mädchen, welche mit dem Eintritt der Menses oder Störungen derselben zusammenhängen. Die Behandlung derselben richtet sich nach der Causalindication; am wichtigsten sind ableitende Mittel. — Hierhin gehören auch die bei anämischen und chlorotischen Frauen und Mädchen auftretenden Zahnschmerzen, welche man bei entzündlichem Charakter durch Darreichung von Haller'schem Sauer mit Chinin, bei nervösem durch äusserliche Anwendung einer Veratrin- oder Chloroformsalbe zu bekämpfen sucht. Stets ist für regelmässigen Stuhlgang zu sorgen.

Allgemeine Ursachen der Odontalgie sind ferner: allgemeine Plethora, Rheumatismus des Periost's, Gicht, Dyspepsien, die Einwirkung gewisser Metalle, Quecksilber, Kupfer, Blei, Eisen, welche eine allgemeine Wurzelhautentzündung des Gebisses zu erregen im Stande sind.

Die letzte Art des Zahnschmerzes, welche der Verfasser bespricht, ist diejenige, welche zuweilen nach Extraction eines Zahnes auftritt, und die die Zahnärzte mit dem Namen „Zahnlückenweh" bezeichnen. Häufig ist hieran eine Erkältung der Wunde Schuld, welche dann roth und entzündet aussieht; man bestreicht mit Jodtinctur und gibt ein Abführmittel. Liegt der Nerv in der Alveole bloss, ein Umstand, den man durch Sondiren leicht eruiren kann, indem dann der Patient einen wüthenden Schmerz empfindet, so ätzt man mit Höllenstein und legt ein in Opium- oder Morphiumlösung getränktes Baumwollenbäuschchen in die Wunde. Besteht der Schmerz sehr lange, so dass man auf einen Degenerationsvorgang im Nerven oder auf eine Neubildung schliessen muss, so wendet man Aetzmittel, Jodtinctur etc. an und sucht die Alveole durch Einlegung von Charpie oder Baumwolle offen zu halten. Schliesst sich die Alveole schnell und dauern die Schmerzen fort, so kann man die Resection des Alveolarrandes vornehmen, die sehr leicht, schon mit der gewöhnlichen schneidenden Wurzelzange bewerkstelligt wird. Zurückgebliebene kleinere Knochensplitter im Zahnfleische oder in der Alveole entfernt man.

(„Deutsche Zeitschrift f. prakt. Med." 1876, 5. 6.)

535. Ein billiger Ersatz der Jeffray'schen Kettensäge. Vorläufige Mittheilung von Dr. E. Kusy in Brünn.

Um den Knochen so wie mit einer Laubsäge zu durchtrennen, erfand K. eine schnurförmige Säge, welche in ihrem ganzen Umfange schneidet und dabei nach allen Richtungen hin leicht drehbar ist. — Sie besteht aus einer Spannschnur, welche aus umsponnenen Zithersaiten verfertigt ist, und einer dieselbe umgebenden spiralförmig aufgewundenen, scharfzahnigen Drahtschnur; sie wird mittelst zweier Griffe wie bei der Kettensäge gefasst.

Nach angestellten Versuchen kann Referent darüber Folgendes sagen: Die K. Schnursäge ist leichter zerreissbar und bedarf zur Durchtrennung

Digitized by Google

des Knochens eine viel längere Zeit, als die Kettensäge von Jeffray; sie sägt jedoch feiner und kann während des Sägens in beliebiger Richtung gedreht werden, daher zur Excision von Knochentheilen gut verwendbar. Die grössere Billigkeit des Instrumentes dürfte derselben Eingang in die praktische Chirurgie verschaffen. Wölfler.

536. Der Einfluss der Phymosenoperation auf die männliche Impotenz. Von Dr. Budeckalow. (Petersburg. med. Zeitung Nr. 17, 1877.)

Verf. theilt 4 Fälle von Operationen der Phymose mit, die er zu dem Zwecke unternahm, um durch dieselbe die männliche Impotenz, welche von einer übermässigen Empfindlichkeit der Glans abzuhängen schien, zu heilen. In allen 4 Fällen war den Männern nach der Heirat eine vollständige Cohabitation unmöglich, da die Erectionen von zu kurzer Dauer waren und die Ejaculationen vor dem vollständigen Einführen des Gliedes eintraten. In 2 dieser Fälle hatten die Pat. vor der Ehe den Coitus mit Erfolg ausgeübt, die beiden andern Männer hatten sich bis dahin desselben enthalten. Die Untersuchung ergab in allen Fällen das Vorhandensein einer Phymose und dadurch bedingte übermässige Empfindlichkeit der Glans.

Durch die operative Beseitigung der Phymose wurde auch die Hyperästesie behoben, so dass den Pat. die Cohabitation nach Verlauf von 5—10 Monaten vollständig gelang. Nur in einem Falle blieben die Erectionen etwas unkräftig. Auf Grund dieser Eigenschaft der Phymosenoperation empfiehlt Verf. dieselbe als ein sicheres Mittel gegen die männliche Impotenz in den Fällen, wo letztere im Zusammenhange mit der Phymose steht. Er will diese Operation aber auch bei der männlichen Impotenz angewendet wissen, nicht nur mit der Absicht, letztere dadurch zu heilen, sondern auch zum Zwecke der Feststellung der Diagnose bei Kranken, bei welchen keine andere greifbare Ursache für die Impotenz als eine von der Vorhaut stets bedeckte Eichel sich findet, indem er sich gleichzeitig eine wohlthätige Wirkung von der Operation auf die deprimirte Gemüthsstimmung solcher Patienten verspricht.

von Buschmann.

537. Ueber Gaumenspaltennaht und Erzielung einer reinen (nicht näselnden) Sprache durch Vorlagerung der hinteren Schlundwand. Von Dr. Rutenberg in Heidelberg. 1876. (Wiener medic. Wochenschrift Nr. 33, 34, 35.)

Die Ursache, weshalb nach der Staphyloraphie für gewöhnlich die näselnde Sprache zurückbleibt, liegt darin, dass das zu kurze und zu weit nach vorne gelagerte Gaumensegel das Eindringen von Luft in den Nasenrachenraum nicht verhindern kann.

Um diesen Fehler zu verbessern, wurden verschiedene Operations-Manöver theils ausgeführt, theils blos vorgeschlagen. — Passa

Digitized by Google

vant setzte die Naht der Gaumensegel auf die inneren Ränder der hinteren Gaumenbögen fort, um dadurch das Volum gewissermassen zu verlängern; in seinem und in einem von Simon ebenso operirten Falle wurde kein Erfolg erzielt. Besser war die zweite Methode Passavant's, darin bestehend, dass er das Gaumensegel an die hintere Schlundwand annähte.

Simon führte seine Methode der ostalen Uranoplastik nur an der Leiche aus; sie ist zu complicirt, um hier besprochen werden zu können.

Mason machte das Velum durch zwei seitliche Schnitte in dasselbe beweglich und soll eine bessere Sprache erzielt haben.

Whitehead wollte das verkürzte Gaumensegel dadurch verlängern, dass er zwei Lappen aus der Schleimhaut der hinteren Gaumenbögen zu bilden, in der Mitte zu vereinigen und an den unteren Rand des angefrischten Gaumensegels zu nähen trachtete; die Operation misslang jedoch wegen der Schwierigkeiten bei der Ausführung.

Einen gewiss geistreichen Vorschlag machte Schönborn, der ihn in einem Falle auch ausführte; er bildete an der hinteren Schlundwand einen viereckigen Lappen mit der Basis nach unten, legte ihn um, so dass sein oberer freier Rand an den unteren Rand des Gaumensegels angenäht werden konnte; später wurde die Basis des Lappens von der Schlundwand abgetrennt, und nun war das Gaumensegel um die Höhe des Lappens länger.

Schliesslich macht noch der Verf. einen Vorschlag, dahin zielend, die hintere Schlundwand dem Gaumensegel dadurch näher zu bringen, dass in ersterer mittelst des Messers oder eines Aetzmittels eine halbringförmige Narbe erzeugt werde.

Nach eingehender Kritik entscheidet sich R.:

1. für das Verfahren nach Simon (Leichenexperiment), das darin gipfelt, die Knochen des harten Gaumens an der Gaumenspalte zu nähern (indem die Gaumenplatten vom ganzen Alveolarfortsatze losgemeisselt werden) und dann die Staphyloraphie vorzunehmen; auf diese Weise soll der schädliche Zug der Längsnarbe beseitigt werden;

2. unter bestimmten Verhältnissen ist die Methode Schönborn's oder Passavant's auszuführen, und

3. in leichteren Fällen möge des Verf. Vorschlag für geeignet erklärt werden.

(Es ist begreiflich, dass gerade diese wichtige Frage weniger durch theoretische Erörterungen als durch vielfache, praktische Erfahrungen ihrer Lösung näher gebracht werden könne. — Ref.) Wölfler.

538. Heilung eines Aneurysmas der Kniekehle in zwei Stunden durch Esmarch'sche Einwicklung. Von F. A. Heath. (The Lancet. Vol. II. Nr. 19. 1876. Intellig.-Blatt 1877.)

Ein zweiter glücklicher Fall von Heilung eines Aneurysmas der Kniekehle unter Esmarch'scher Einwicklung wird nun nach dem Vorgange Wagstaffe's

Digitized by Google

berichtet; das Aneurysma hatte die Grösse einer kleinen Orange; das Bein wurde von den Zehen aufwärts bis zum Kniegelenke fest eingewickelt; dann, während der Kranke stehen musste, um die aneurysmatische Höhle vollkommen mit Blut zu füllen, die Binde über die mit Watte ausgepolsterte Kniekehle leicht und oberhalb des Kniees bis zu 3 Zoll unter dem Ligam. Poup. fest angezogen hinaufgeführt; ein Signoroni'sches Tourniquet auf die Art. femor. im Dreiecke Scarpa's gelegt. Nach zwei Stunden war das Aneurysma fest ausgefüllt. Die Binde wurde entfernt nach einer Stunde und dafür das Bein in Watte und Flanellbinden gelegt. Nach 6 Stunden wurde das Tourniquet nur leicht angezogen, nach zwei Tagen ganz entfernt; das Aneurysma war am dritten Tage schon ziemlich bedeutend verkleinert und ganz hart.

539. Zur Dorsalluxation des Daumens. Von Heinrich Waitz. (Aus der chirurg. Klinik des Herrn Geheimrath Esmarch zu Kiel.) (Berlin. Klin. Wochenschr. 1876. Nr. 44.)

Ein 29jähriger Arbeiter zog sich durch Fall auf den ausgestreckten Daumen eine complicirte Dorsalluxation in's Metacarpo-Phalangealgelenk zu. An der Volarseite des Gelenkes bestand eine 16 Mm. lange, quere Risswunde, in welcher der vordere Rand der entblössten Gelenkfläche des Metacarpusköpfchens sichtbar wurde, wenn der Daumen zurückgebogen wurde. Auf der Mitte des Knochens lag in starker Spannung die Sehne des Flexor pollic. longus. Die Basis der 1. Phalanx bildete einen deutlichen Vorsprung auf dem Dorsum. Der Daumen stand unbeweglich in Hyperextension. Die Reposition gelang nicht, immer blieb ein fe dernder Widerstand zurück. Nun wurde der Finger blutleer gemacht. Die Kapsel war an ihrer Insertion von der Volarseite des Capitulum des Os metacarp. abgerissen und es musste in ihr das Repositionshinderniss gesucht werden. Sie war über das Köpfchen des Metacarpus zurückgeglitten, hatte sich am Halse desselben und zwischen diesem an der Basis der Phalanx interponirt und umfasste hier wie ein enges Knopfloch das Köpfchen des Metacarpus. Die Kapselwunde wurde durch kleine Incisionen erweitert; allein erst nachdem die Kapselränder mittelst Schielhaken auseinandergezogen worden waren, konnte die Reposition vollendet werden. — Ausheilung per primam unter Lister'schem Verband, ohne Naht, mit vollständiger Beweglichkeit des Gelenkes. — Ein zweiter Fall, einen 17jähr. Musiker betreffend, der vor 2 Tagen sich den Daumen auf das Dorsum des Mittelhandknochens luxirt hatte, ohne dass die Gelenkshöhle eröffnet worden wäre, bot dieselben unüberwindlichen Repositionshindernisse dar. Unter Esmarch'scher Binde und Spray wurde das Gelenk eröffnet; es zeigte sich, dass die Sehne des Flexor pollic. long. mit luxirt war und diese sich zwischen die Gelenkflächen interponirt hatte, nachdem sie dieses von hintenher umschlungen hatte. Die Reposition gelang, nachdem die Sehne in ihr Bett hereingehoben worden war, fast von selbst. Beide Fälle beweisen, dass die Irreponibilität bei Daumenluxation keineswegs immer dieselbe Veranlassung zu haben braucht. Die Eröffnung des Gelenkes unter antiseptischen Cautelen ist bei dem heutigen Stande der Therapie ein unbedingt rationeller Eingriff, um das Repositionshinderniss zu entfernen. A. v. Winiwarter.

540. Studien über eingeklemmte Brüche. Von Dr. Panthel in Ems. (Deutsch. med. Wochenschrift 17. Febr. 1877.)

Seit 2 Jahren übt P. ein Verfahren der Taxis bei eingeklemmten Brüchen, das er für sehr einfach und leicht erklärt. Die Blase wird geleert, das Becken hoch gelegt, die Bauchhaut möglichst erschlafft, die beweglichen Eingeweide durch tiefen Druck zweier Hände nach oben geschoben. Dann setzt man die Spitzen der drei Mittelfinger einer Hand

Digitized by Google

etwa 2 Querfinger breit oberhalb der Stelle, wo das Bauchfell sich tutenförmig einengt, um als Bruchsack in die Bruchpforte einzutreten, also bei den häufigsten Fällen oberhalb Bauch- und Schenkelring, auf die Bauchhaut, und schiebt diese bis zur Eintrittsstelle des Bruchsackes herunter. Hier angekommen üben die Finger einen tiefen Druck nach der Beckenhöhle zu, indem man die vor den Fingerspitzen befindlichen Theile nach der hinteren Fläche des ram. horiz. oss. pub. zu schiebt und andrückt. Dies wird stets von derselben Stelle ausgehend wiederholt, bis der Bruch schwindet. Die hiezu nöthige Druckkraft ist sehr mässig, der Schmerz nicht zu rechnen.

Diesem Verfahren entsprechend, legt P. die gewöhnlichen Bruchbänder nicht auf die Austrittsstellen der Brüche, sondern auf die Eintrittsstellen derart, dass der vordere Rand der Pelotte den oberen Rand des oss. pub. berührt. Ein solches Band wirkt nach P.'s Ansicht nicht nur vollkommen zurückhaltend, sondern gleichzeitig radical heilend, da dies volle Zurückhalten und der stete Druck auf die Eingangsstellen der Brüche die nothwendigen Bedingungen eines Erstarkens, festeren Zusammenziehens der Ligamente, und so der Heilung der Brüche sind.

von Buschmann.

541. Zur Therapie der Pseudarthrosen. Von Dr. Becker in München. (Aerztl. Intelligenzblatt Nr. 41. 1876.)

Der Verf. behandelte ein falsches Gelenk an der Tibia, das nach einer complicirten Fractur des Unterschenkels mit Dislocation der Bruchenden zurückgeblieben war, in folgender Weise: Er legte den Unterschenkel wieder in einen Gipsverband, schnitt ein grosses Fenster, um Zugänglichkeit zur Tibia zu erhalten, an der Stelle der Pseudarthrose aus, stach an der infrangirten, ligamentös vereinigten Tibia eine Hohlnadel ein, und brachte daran eine Pravaz'sche Spritze voll 3percentiger Carbollösung, die gegen die untere Bruchfläche gespritzt wurde. Auf diese Weise wurden 4 Injectionen nacheinander gemacht.

Vier Tage später zwei Einspritzungen mit 4percentiger Carbollösung, worauf entzündliches Oedem folgte.

Nach zwei Tagen Injection einer 5perc., und nach drei Tagen einer 6perc. Carbollösung, die noch dreimal, jedesmal an zwei Stellen, eingespritzt wurde; die Reaction war gering.

Nach vier Wochen war reichliche Callusbildung und vollständige Consolidation der Bruchstellen eingetreten.

Der Verf. empfiehlt dieses Verfahren gegenüber den anderen zum Theil nutzlosen, zum Theil gefährlichen Methoden. Wölfler.

542. Krebs der Wirbelsäule. Von J. Brzczinski. (Pamietnik Tow. lek. Warsz. 1876. Z. III. polnisch. — Referat von Obalinski im Centralbl. f. Chirurgie 1877.)

Der Krebs kommt in der Wirbelsäule sehr selten primär vor. Am

Digitized by Google

häufigsten ist die weibliche Mamma der Sitz der primären Krankheit, in B.'s 5 Fällen war sie es 3 Mal. Da meistens der Wirbelkörper selbst der Entwickelungsort des Krebses ist, so bildet sich auch bald Kyphose aus, zu der sich dann die charakteristisch bezeichnete „paraplegie douloureuse" hinzugesellt. Das Fehlen der Congestionsabscesse wird als besonders wichtig bei der Differentialdiagnose gegenüber der Pott'schen Krankheit hervorgehoben. Verf. 2 Fälle sind: M. K., 56 Jahre alt; vor sechs Monaten Amputatio mammae dextrae wegen Carcinom; 2 Monate nach der Operation Rückenschmerzen, anfangs intermittirend, später dauernd; Kyphosis; sehr grosse Schmerzen beim Stehen und Gehen; Tod 8 Monate nach der Operation. Section: in den Körpern des letzten Dorsalwirbels, so wie der ersten 3 Lendenwirbel carcinomatöse Ablagerungen.

E. L., 59 Jahre alt. Carcinom der Vaginalportion der Gebärmutter; einige Monate darauf Urindrang und Gehbeschwerden; hohes Fieber; Unmöglichkeit activer Bewegungen; Contractur der rechten unteren Extremität. Tod nach 2monatlichem Spitalaufenthalt. Bei der Section wurde vollständige Erweichung der Wirbelkörper, des 5., 6. und 7. Dorsalwirbels, ausserdem die Anwesenheit eines vom 6. Wirbel gegen die Medulla gerichteten Tumors nachgewiesen, der nach der mikroskopischen Untersuchung als Medullarcarcinom angesprochen werden musste.

543. Case of fracture of both clavicles and of the three upper ribs on the right side. Von James Lane (St. Mary's Hospital). (Lancet, 1876, July 8.)

Ein 15jähriger Knabe war beim Ausspringen aus einem in Bewegung befindlichen Eisenbahnwagen an die Plattform gedrückt und einige Klafter weit geschleift worden. Er kam in schwerem Collaps besinnungslos zur Aufnahme, die beiden Schlüsselbeine und die 3 oberen Rippen rechts waren gebrochen, Respiration sehr erschwert, die Haut über den Schulterblättern weithin zerrissen. Es scheint die Gewalt von rückwärts gewirkt und die Schultern nach vorwärts gepresst zu haben. Die Respiration blieb mühsam; einige Tage später constatirte man das Fehlen des Pulses am rechten Arm und ein Gefühl von Taubsein im kleinen Finger, offenbar bedingt durch die Compression der Art. subclavia und des Plex. brachial. zwischen Clavicula und erster Rippe. Die Fragmente heilten in ungünstiger Stellung aus, weil es völlig unmöglich war, wegen der heftigen Schmerzen irgend einen Verband zu appliciren. Die Pulsation kehrte nicht zurück. Nach 8 Wochen Entlassung aus dem Spitale. Vier Monate nach dem Unfall konnte die Entwicklung eines knöchernen Tumors constatirt werden, welcher vom Callus der 1. Rippe ausging und sich hinter der Clavicula an der rechten Seite des Halses nach aufwärts fortsetzte. Verf. hält dies für eine Exostose (oder vielmehr eine übermässige Callusentwicklung) in der Sehne des Musc. scalen. anticus, an dessen Rippeninsertion die ursprüngliche Callusbildung stattgefunden hatte. Die Geschwulst macht keine Beschwerden, die Sensibilitätsstörung hat sich verloren, die Ernährung der r. Extremität hat trotz der ständigen Compression der Art. subclavia nicht gelitten. A. v. Winiwarter.

544. Totalexstirpation und Wiederersatz der Clavicula. Von Dr. Porgnet. (L'année médicale. Mai 1877.)

Ein sehr gesunder junger Mann fühlt plötzlich einen heftigen Schmerz

Digitized by Google

in der rechten Schulter, zu dem sich bald hohes Fieber gesellte. Der herbeigerufene Arzt diagnosticirte acuten Gelenksrheumatismus und richtete darnach sein Verfahren ein: Blutegel, Cataplasmen, Vesicatoirs. Trotzdem entstand ein Abscess im Humero-clavic.-Gelenke, der 4 Monate floss, sich dann schloss, um $^1/_2$ Jahr später wieder aufzubrechen.

Zur selben Zeit entstand auch ein Abscess im clavic.-stern.-Gelenke. Nun übernahm P. die Behandlung, zerstörte die sehr bedeutend luxurirenden Granulationen durch Aetzung; indess war auch er nicht im Stande, die Wunde zum Schliessen zu bringen, im Gegentheile wurden nach und nach immer mehr Knochen blossgelegt. Endlich 13 Monate nach Beginn der Krankheit entschloss sich der Patient zur totalen Entfernung seiner Clavicula.

Eine Incisionsöffnung längs der Clavicula genügte, um dieselbe im Ganzen herausheben zu können. Die Wunde wurde ganz einfach verbunden und war nach 3 Monaten völlig geheilt, nur bestand eine bedeutende Depression der rechten obersten Thoraxpartie. Neun Monate aber nach der Operation hatte sich eine vollständige neue Clavicula gebildet. Ausserdem bemerkt P. noch, dass er mit Ausnahme weniger Tage vor und nach der Operation seiner Feldarbeit nachging. Die exstirpirte Clavicula zeigt bei intactem Mittelstück Caries an beiden Enden.

Pat. zeigt jetzt nicht die geringste Verunstaltung, noch irgend eine Schwäche seines rechten Armes. von Buschmann.

545. Ein Fall von Incision des Cervix uteri mit letalem Ausgange. Von Dr. Nicoll. (The American J. of obstetr. 1877. April.)

Bei einer 35jähr. Frau, welche mit einer Retroversio uteri und Stenose des os int. behaftet war, wurde behufs Hebung der Sterilität die bilaterale Incision gemacht. Nach 7 Tagen wurde die Sonde eingeführt; zwei Tage darauf trat die Menstruation auf, hörte aber bald auf, es kam zu einer Pelviperitonitis, der die Frau am 15. Tage nach der Operation erlag. Bei der Autopsie fand man auf der rechten Seite des Uterus (wo der Schnitt tiefer war, nämlich die halbe Dicke der Uterinwand betraf) einen nach der Bauchhöhle geborstenen Abscess, daneben einen noch geschlossenen, 6 Unzen Eiter enthaltenden und auf der linken Seite einen etwas kleineren Eiterherd.

Ref. theilt diesen Fall blos deshalb mit, weil von mancher Seite diese Operation als ganz gefahrlos hingestellt wird, was aber durchaus nicht der Fall ist, da schon viele derartige Todesfälle bekannt, wenn auch wenige veröffentlicht sind. Die Incision des äusseren Muttermundes mit den nöthigen Cautelen vorgenommen, ist wohl als eine gefahrlose Operation anzusehen, dasselbe kann auch von einem sehr seichten Einschnitt des innern Muttermundes behauptet werden; nur hüte man sich vor einer tiefen Incision des letzteren. Funk.

546. Ueber den Einfluss, welchen Medicamente, insbesondere narcotische, die Schwangeren und Gebärenden verabreicht werden, auf den Fötus ausüben. Aus den Verhandlungen der New-Yorker geburtsh. Gesellschaft. (The Americ. J. of obstetr. 1877. April.)

Ueber diesen Gegenstand fanden in mehreren Sitzungen eingehende Debatten statt, zu welchen die Mittheilung eines Falles Anlass gab, bei

Digitized by Google

dem wegen Eklampsie im Verlaufe von mehreren Stunden successive $1^1/_3$ Gran Morphin subcutan injicirt wurde, das Kind asphyktisch zur Welt kam, durch künstliche Respiration mühsam wieder belebt wurde und Zeichen der Morphinvergiftung dargeboten haben soll.

Dr. Mundé theilt mit, dass bei einer Frau, welche während ihrer ganzen Schwangerschaft subcutane Morphininjectionen bekam (u. zw. bis zu 12—16 Gran Morphin innerhalb 24 Stunden) die Schwangerschaft ganz normal verlief, die Geburt wohl langsam und schmerzhaft, aber normal vor sich ging, nur auf dringendes Verlangen der Gebärenden Chloroform verabreicht wurde und das Kind lebend und ganz gesund geboren wurde. Er erwähnt aus der deutschen Literatur Folgendes: Reitz injicirte in das Blut eines schwangeren Kaninchens Zinnober und fand Partikelchen dieses Stoffes in dem Blute des Fötus, besonders deutlich in den Capillaren der pia mater. Gusserow injicirte Jodtinctur und Ferrocyankaliumlösung in den Magen von schwangeren Kaninchen, Tauben und Hunden, ohne hierauf im Liquor amnii oder im Urin des Fötus Spuren dieser Mittel aufzufinden. Dagegen konnte er Jod im Liquor amnii und im Urin der Neugeborenen nachweisen, wenn den Müttern durch 14 Tage vor der Niederkunft Jodkali verabreicht wurde. Zweifel hat in 5 Fällen, wo während der Geburt Chloroform angewandt wurde, Spuren dieses Mittels in der Placenta und im Urin der Neugeborenen nachweisen können.

Benicke gab gebärenden Frauen Salicylsäure, welche er (schon nach 40 Minuten) in dem Urin der Neugeborenen fand. Ruge und Martin bestätigen diese Angaben. Selbstverständlich werden leicht diffundirbare Substanzen, welche schnell in das Blut der Mutter übergehen, wie z. B. salinische Mittel, Salicylsäure, Chloroform etc., auch rasch dem Fötus zugeführt werden und andere Mittel wieder langsamer; und so wie der mütterliche, so kann auch der fötale Organismus sich an ein Mittel gewöhnen. Es scheint auch, dass das Nervensystem des Kindes innerhalb und ausserhalb des Mutterleibes anders reagire. Wie wäre sonst der Fall zu erklären, wo eine Opiumesserin, welche über eine Unze Opium wöchentlich verzehrte, ein lebendes Kind gebar, welches wenige Stunden, nachdem sie es zum erstenmale an die Brust legte, verschied. Hierher gehört auch folgende von einem französischen Veterinär, Namens Silvain, im Jahre 1857 gemachte Beobachtung: Dieser vaccinirte mehrere Schafe, von denen einige trächtig waren. Am 12. Tage nach der Impfung wurde von einem der letzteren ein Lamm geboren, welches an derselben Stelle wie beim Mutterthier die 3 Impfpusteln zeigte und am 20. Tage waren beim Schaf und Lamm die Pusteln im Stadium der Desquamation.

Dr. Fordyce Barker bemerkt, dass die neun convulsivischen Anfälle des Neugeborenen mit Unterbrechung der Respiration und sehr schwachem Herzschlage nicht nothwendig als Symptome einer Morphin-

Digitized by Google

vergiftung aufgefasst werden müssen, da ja die Gebärende von Convulsionen befallen war und die Erfahrung lehrt, dass geistige Eindrücke, welche die Schwangere mächtig afficiren, auf die Entwicklung und das Leben des Fötus einen starken Einfluss ausüben, ja letzteres ganz zerstören können. So z. B. berichten Guersant und Blache von einer besonders zur Zeit der Schwangerschaft sehr reizbaren Frau, welcher drei Kinder kurz nach der Entbindung an Convulsionen starben. Er selbst, Cazcaux, Hervieux und mehrere Andere haben Fälle veröffentlicht, wo die Neugeborenen von denselben Convulsionen befallen wurden wie die Gebärenden.

Obwohl er wisse, dass manche (aber nicht alle) Autoren Convulsionen als Folge der Opiumvergiftung anführen, dass sie nach den angestellten Experimenten in den niederen Classen der Wirbelthiere bei Opiumvergiftung sich regelmässig einstellen, ebenso bei Kindern, Negern und Malayen, sehr selten aber bei Erwachsenen und solchen Menschenracen, welche ein höher entwickeltes Gehirn besitzen; trotzdem sei ihm der Causalnexus in dem zu dieser Discussion Veranlassung gebenden Falle nicht klar, und sei er eher geneigt, die Convulsionen des Neugeborenen als Folge der Convulsionen der Mutter zu betrachten. Vom Chloroform behauptet er, dass es das fötale Leben durchaus nicht beeinträchtige. Dies beweise eine tausend- und abertausendfältige Erfahrung. Er habe Schwangere und Gebärende 8, 10, 12 und eine sogar 26 Stunden lang ununterbrochen in tiefer Chloroformnarkose erhalten, ohne dass sich bei einem einzigen Kinde irgend ein schädlicher Effect von diesem Mittel gezeigt hätte. Dasselbe gelte von den subcutanen Morphinjectionen. Ferner erwähnte er der Resultate, welche Fehling's Experimente ergaben. Derselbe injicirte in die Jugularvene eines schwangeren Kaninchens so viel Curare, dass Respiration und Circulation des Thieres stillestand und das Leben desselben durch eine in der Trachea angebrachte Canüle künstlich erhalten wurde. Nach einiger Zeit öffnete er den Bauch und fand, dass der Fötus durch dieses so kräftig und schnell wirkende Gift nicht im mindesten afficirt worden war. In derselben Weise wurde mit Chloroform experimentirt und das Resultat war dasselbe. Aus all' dem schliesst Dr. Fordyce Parker: 1. Wir haben keinen Beweis, dass narcotische Mittel, welche der Mutter verabfolgt werden, ihre specifische Wirkung auf den Fötus im Uterus ausüben. 2. Deshalb können diese Mittel der Mutter, sobald es die Gesundheit derselben erheischt, ohne Furcht, dass sie dem Fötus schaden könnten, dargereicht werden.

Diese Ansicht wird auch von Dr. Peaslee getheilt, während Dr. Gillette zu anderen Resultaten gekommen ist. Letzterer will nämlich durch seine Experimente die Ueberzeugung gewonnen haben, dass narcotische Mittel, insbesondere Morphin, der Gebärenden in voller Dosis verabreicht, unausbleiblich einen narcotischen Effect auf den Fötus ausüben. Die Wehen werden durch dieses Mittel nicht geringer

Digitized by Google

an Zahl oder Kraft, aber die Kinder kommen narcotisirt zur Welt, sie athmen nämlich schwächer oder gar nicht, so dass eine künstliche Athmung und zwar durch längere Zeit eingeleitet werden muss, die Pupillen sind contrahirt, das Gesicht cyanotisch, die Circulation verlangsamt, die Augenlider halb geschlossen, der ganze Körper schlaff. Dr. Ward berichtet, dass er diesbezüglich keinen schädlichen Effect von Chloral beobachtet habe. Dr. Thomas, welcher 4mal von Morphin einen schädlichen Einfluss beobachtet haben will, meint, der Gegenstand sei noch nicht spruchreif.

Funk.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

547. Meningitis nach einer in Folge von Verletzung vorgenommenen Enucleation. Genesung. Von H. Meyhöfer. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenh. XV. pag. 71.)

Zwei Tage, nachdem der rechte Bulbus eines 24jährigen kräftigen Arbeiters eine schwere Verletzung erlitten hatte, wurde von M. enucleirt und im Bulbus ein 7 Mm. langes, 3 Mm. breites Eisenstück gefunden. — Den Nachmittag des der Enucleation folgenden Tages begann der Kranke zu fiebern. Temperatur 38,5. Verordnet wurde: Eisblase auf den Kopf, Chinin, Calomel. Am dritten Tage war die Temperatur 40,2; der Kranke wurde völlig apathisch, gab nur widerwillig und häufig falsche Antwort. 12 Blutegel an die Schläfe. In der Nacht vom 3. auf den 4. Tag traten Zuckungen der oberen und unteren Extremitäten, Erbrechen grünlicher Massen ein. Am 4. Tage gab der Kranke gar keine Antworten mehr. M. hielt ihn für verloren. Gegen den Abend des 5. Tages wurden jedoch die Zuckungen seltener, am 6. sank die Temperatur auf 38,6. Von nun an trat Besserung ein und nach fast vierwöchentlichem Aufenthalte im Spitale wurde der Kranke geheilt entlassen.

Prof. Schnabel.

548. Ueber einen Fall von Varix aneurysmaticus innerhalb der Schädelhöhle mit Prominenz beider Bulbi und totaler Blindheit. Unterbindung der Carotis communis sinistra. Heilung. Von E. Grüning. (Arch. f. Augen- u. Ohrenheilkunde. V. Bd. 2. Th. pag. 280.)

Die 59jährige Kranke schlug beim Falle von einer Treppe mit dem Kopfe auf und blieb längere Zeit bewusstlos. Nach und nach entwickelte sich beiderseitiger Exophthalmus, eine heftige Supraorbitalneuralgie und die Kranke hörte fortwährend ein lautes Geräusch im Kopfe. 10 Wochen nach dem Falle constatirte G. ausser den schon erwähnten Krankheitssymptomen eine linksseitige Abducenslähmung und einen mässigen Grad von Taubheit. Bei der Auscultation am Kopfe hörte man ein Geräusch, welches nach Compression der linken Carotis communis aufhörte. Bei Druck auf jedes der Augen liess sich ein Schwirren fühlen, ohne dass ein Tumor nachweisbar gewesen wäre. 12 Wochen nach jenem Falle fand G. die Kranke total erblindet, die Bulbi unbeweglich; Exophthalmus und Geräusch

Digitized by Google

vermehrt. G. unterband die Carotis comm. sin. und unmittelbar nach derselben konnte die Patientin Finger auf 15′ zählen. Die subjectiven Geräusche waren auf immer beseitigt. Nach 5 Tagen schwanden die Exophthalmi und bald kehrte auch Beweglichkeit der Augen und Lider, Sehen und Hören wieder.

G. glaubt, dass durch den Fall eine Basalfractur entstanden, welche eine Communication der zwischen Sinus cavernosus und Carotis interna sinistra eingeleitet. Die Stauung in allen Blutleitern der Hirnbasis sieht G. als die Ursache der Krankheitssymptome an. Prof. Schnabel.

549. Ueber die Behandlung der Blenorrhoe der Neugeborenen. Von Prof. Schiess in Basel. (Schweizer Corresp.-Bl. VI. 23.)

Die Blenorrhoe der Neugeborenen entsteht durch directe Ansteckung beim Durchgange des Kopfes durch die Genitalien der Mutter. Ein einfacher gutartiger fluor alb. genügt zur Infection. Die Incubation übersteigt in der Regel die Dauer von 5 Tagen nicht.

Sch. räth, die Hebammen zu verpflichten, bei der Reinigung des Kindes unmittelbar nach der Geburt die Augen zu inspiciren, resp. dieselben mit einer $^1/_2$% Carbolsäure — $^1/_{10}$% Thymol-Lösung zu reinigen. In leichten Fällen räth Sch. Reinlichkeit, mässige kalte Umschläge von Acet. Saturni mit Wasser, täglich einmalige Auspinselung mit einer schwachen Lösung von Plumbum acet. depur. In heftigen Fällen ist im Stadium der starken Schwellung und Eiterbildung die Kälteanwendung höchst wichtig. Eiscompressen reichen zur Entfernung des Secretes hin und vieles Manipuliren mit Schwämmen bringt die Gefahr einer Epithelabschilferung. Ist in diesem Stadium Hornhautaffection eingetreten, so sind täglich mehrmals Atropineinträuflungen vorzunehmen. Ist die Schwellung beseitigt, soll die abgetrocknete Uebergangsfalte mit Lapis mitigatus (1 : 1, 1 : 2) touchirt werden. Ist Schwellung und Secretion beseitigt, ist reine freie Luft das beste Heilmittel. Ist bei beginnender Behandlung bereits ein destruirender Hornhautprocess vorhanden, so bleibt immer die Behandlung der Conjunctiva die Hauptsache; Atropin ist dann unentbehrlich. Wenn in sehr verschleppten alten Fällen die papillären Wucherungen sehr gross geworden, kann man zum Lapis purus greifen und die Aetzungen über die Grenzen der Uebergangsfalte ausdehnen. Prof. Schnabel.

550. Ueber die Bindehautblenorrhoe der Neugeborenen. Von Prof. v. Ritter in Prag. (Sitzungsbericht d. Vereins deutscher Aerzte in Prag vom 5. Januar 1877.)

Mit Rücksicht auf eine unlängst erschienene Publication von Schiess in Basel, betreffend die Blenorrhoea neonatorum, bemerkt R., dass die Infection beim Durchgang des Kindes durch die Vagina nicht das einzige ätiologische Moment sei, da etwa in einem Fünftel der Fälle die Erkrankung später als am 8. Tage post partum eintritt. Die Blenorrh.

Digitized by Google

neon. liegen sehr verschiedene Conjunctivalaffectionen zu Grunde, obgleich die Mehrzahl der Fälle wegen der Gleichartigkeit der befallenen Individuen ein allerdings gleichartiges Krankheitsbild darbietet.

Durch die Anwendung der Kälte erreicht man bei Neugeborenen oft nur eine Förderung des gangränösen Zerfalles. Das Hauptgewicht bei der Behandlung ist auf die Beschränkung der Secretion zu legen und zu diesem Zwecke bewährte sich dem Vortr. am besten der Lapis mitigat. (1:2).

Prof. Schnabel.

551. **Ueber Behandlung des Hornhautgeschwüres.** Von Prof. Dr. Rothmund (München).

Zur Untersuchung eines Hornhautgeschwüres eignet sich ganz besonders die seitliche Beleuchtung, welche darin besteht, dass man in einem verdunkelten Zimmer das Bild einer Flamme durch ein Convexglas von 2—3 Zoll Brennweite auf den Geschwürsgrund concentrirt. Wir sehen dann ein fortschreitendes Geschwür von scharf abgegrenzten, häufig gezackten Lichträndern umgeben, die je nach der Form des Geschwüres eine dunklere Mitte von runder, ovaler oder unregelmässiger Form umschliessen. Oft erkennt man hier mehrere concentrische terrassenförmig in die Tiefe greifende Lichtcontouren, deren jede einzelne sich durch ihre weissglänzende Farbe von den tieferen Stellen unterscheidet, bis zuletzt die tiefste Stelle des Geschwürs als eine stecknadelkopfgrosse Spitze dieses Kraters erscheint. Geht das Geschwür in Verheilung über, so sieht man bei seitlicher Beleuchtung keinen scharfen Lichtrand mehr, sondern die Contouren des Geschwüres verlieren sich seicht nach beiden Seiten, das Geschwür ist gleichsam nach dem Grund hin abgerundet und der tiefliegende Grund weniger scharf begrenzt.

Anatomisch stellt sich das erste Stadium des Geschwüres als eine Zerstörung des Epithels, der Bowmann'schen Haut und eines Theils des Hornhautgewebes dar, mit Anhäufung lymphoider Zellen sowohl im Geschwürsgrund selbst, als in dessen Umgebung. Im Stadium der Heilung finden wir dagegen das Geschwür mit Epithel von ungleicher Dicke bedeckt, das allmälig über den ganzen Geschwürsgrund hinüberwächst, und unter dem sich dann nach und nach junges Bindegewebe (in welchem sich oft colloide Massen einlagern) oder vielleicht auch manchmal neues Hornhautgewebe entwickelt. Diese so entstandene Narbe hellt sich selten ganz, häufig aber theilweise auf, besonders bei seichten Randgeschwüren und jugendlichen Individuen; in anderen Fällen bleibt ein weisser oder weissgelber Fleck, eine Macula, ein Leucom zurück.

Auch Hypopyon keratitis oder Ulcus serpens (Sämisch) kann im Verlauf eines Geschwüres entstehen; indem der Substanzverlust allmälig in der Fläche sich ausbreitet, bildet sich plötzlich Eiteransammlung in der vorderen Augenkammer mit gleichzeitiger Entfärbung der Iris. Der

Digitized by Google

Eiter entsteht an der hinteren Cornealfläche wahrscheinlich in Folge von Durchwanderung von Eiterzellen durch die Hornhaut.

Ist das Geschwür ein randständiges und dabei die Scleralbindehaut schlaff und nachgiebig, so wird zuweilen zur Deckung die Bindehaut herangezogen und entsteht auf diese Weise das Pterygium. Wir sehen daher das Flügelfell bei Feuerarbeitern, wo durch die Art der Beschäftigung vielfach die Gelegenheit zu Hornhautgeschwüren bei erschlaffter hyperämischer Conjunctiva gegeben ist. Ganz anders gestalten sich die Verhältnisse, wenn das Geschwür tiefer greift und das Hornhautgewebe nahezu in seiner ganzen Dicke zerstört wird; da hier die Resistenz der Hornhaut an der Geschwürsstelle vermindert wird, so baucht sich allmälig der Geschwürsgrund vor und erscheint daher ein solches oft sehr in die Tiefe greifendes Geschwür plötzlich viel flacher, bei weiterem Tiefergreifen wölbt sich dann allmälig die noch am längsten resistent bleibende Descemet'sche Haut in Form einer Blase vor und bildet dann die Keratocele, den Hornhautbruch.

In der Regel reisst derselbe ein und führt zur Perforation. Das Kammerwasser entleert sich dann und die vordere Augenkammer wird durch Heranrücken der Iris und Linse an die hintere Hornhautwand aufgehoben. Ist die Perforationsstelle klein, so legen sich die Zipfel der gelösten Haut oft so vollkommen wieder an einander, dass nur eine einfache Narbe zurückbleibt. — Ist die Perforationsstelle grösser und mehr auf einen peripheren Theil der Hornhaut beschränkt, so deckt ein Theil der vorgefallenen Iris die Perforation und verlöthet daselbst. Indem sich dann der Humor aqueus wieder ansammelt, so treten Linse und Iris bis auf die angelöthete Stelle zurück; es entsteht ein Leucoma adhaerens oder eine vordere Synechie. — Wenn dagegen die Hornhaut in ihrem Centrum perforirt ist, so kommt die mittlere Partie der vorderen Linsenkapsel mit dem Geschwürsrand in Berührung und verlöthet durch Exsudat mit der hinteren Cornealpartie; tritt dann durch Ansammlung des Humor aqueus die Linse wieder in ihre Lage zurück, so bleibt ein Theil des Exsudats auf der Linsenkapsel liegen und führt so zur Bildung des vorderen Centralkapselstaars; oder das die Vorderkapsel mit der Hornhaut verlöthende Exsudat wird nur gezerrt und ausgedehnt, so dass ein Band zwischen beiden bleibt — Pyramidenstaar. — Findet nach stattgehabter Perforation ein Weiterschreitsn des Geschwüres statt und wird noch eine grosse Partie der Hornhaut zerstört, so wird das blossgelegte Pupillargebiet durch einen Exsudatpfropf mit der vorderen Linsenkapsel verschlossen, die Linse fällt vor und ragt in der Narbe mit der Iris in bläulich gefärbten Buckeln hervor — Traubenstaphylom. Endlich entsteht durch allmäliges Ueberziehen mit Narbenmassen jene weisse Halbkugel, die bei gänzlich Erblindeten so oft die Hornhaut ersetzt — Narbenstaphylom. — Der letzte Ausgang, den wir noch bei Hornhautgeschwüren beobachten, ist der, dass

Digitized by Google

Perforation der tellerförmigen Grube, Ausfliessen des Glaskörpers und Phthisis bulbi entsteht.

Zur Behandlung des Hornhautgeschwürs ist zuerst die Occlusion des Auges nöthig. Man legt ein Leinwandfleckchen auf und befestigt einen Charpiebausch darüber mit Heftpflasterstreif oder Flanellbinde. Bei oberflächlichen Facettengeschwüren reicht dies in der Regel aus; bei eitrig infiltrirtem Grunde werden 3—4mal des Tages halbstündige Umschläge von lauwarmem Wasser oder einer Lösung von Aqua Chlori gemacht. In hartnäckigen Fällen drückt man 3—4mal des Tages einen in Carbol- oder Salicyllösung getauchten Pinsel an das Geschwür an, bis das eitrige Geschwür in ein spiegelndes Facettengeschwür umgewandelt ist.

Greift der necrotische Process tiefer und wölbt sich der Geschwürsgrund hervor, so ist neben Occlusion und Vermeidung jeder Muskelanstrengung und Körpererschütterung, sowie der Accommodation Einträufeln von Atropin und bei beginnender Keratocele sogleich die Punction der Hornhaut indicirt. Man sticht eine Paracentesennadel in die am meisten prominente Stelle des Geschwürs und zieht sie langsam zurück, um ein allmäliges Ausfliessen des Humor aqueus zu bewirken.

Bei Infiltraten mit starker Schwellung der Uebergangsfalte der Bindehaut ist die von Schiess zuerst angegebene Aetzung derselben mit Lapis mitigatus oft von raschem und sehr günstigem Erfolge.

Bei Hypopyonkeratitis, welches sehr häufig bei Landleuten während der Erntezeit durch Aehrenverletzung oder nach Blattern vorkommt, ist die Sämisch'sche Methode der Behandlung ein grosser Fortschritt. Man spaltet den Geschwürsgrund in seiner ganzen Breite bis in das benachbarte gesunde Gewebe und hält die Wunde durch tägliches Aufreissen mit einer Sonde so lange offen, bis die Reparation des Geschwürsrandes begonnen hat. Dabei müssen Atropin-Einträufelungen eine Verlöthung der Iris mit den Wundrändern verhindern.

Nur bei centralen Geschwüren können Einträufelungen von Atropin nützen, bei peripheren sind sie contraindicirt. Kleinere Irisvorfälle heilen beim Druckverband, bei grösseren macht man, wenn sie stark schwellen, die Paracentese, wenn nöthig, wiederholt. Dagegen widerräth der Verf. die Cauterisation, die Reposition mittelst Sonden, die zu frühe Abkappung des Vorfalls.

Die gegen Hornhauttrübungen empfohlenen Mittel (Calomel, rothe Präcipitatsalbe, Lapis divinus, Cadmium sulf., Kali carbon., krystallinisches Glaubersalz etc.) leisten bei frischen Fällen oft gute Dienste. Der Verf. empfiehlt eine Mischung von Terpentin- und Mandelöl 1—5 auf 10. Auch ist die Tätowirung der Hornhautflecken mit chinesischer Tusche oftmals von grossem Vortheil. — Totalstaphylome erfordern operative Behandlung, Abtragung und Transplantation, oder Enucleation des Bulbus.

(Baier. Int.-Blatt XXIII. 11.)

Digitized by Google

552. **Ueber den Katheterismus des Ohrhalscanales durch den Mund und über ein Ersatzverfahren desselben.** Von Dr. J. Kessel in Graz. (Arch. f. Ohrenh. XI. Band. 1876. S. 218.)

Verf. übt in Fällen von Undurchgängigkeit des unteren Nasenganges für den Katheter die Katheterisation der Eustachischen Ohrtrompete von dem Munde aus, ein Verfahren, welches der angebliche Erfinder der Katheterisirung des Tubencanales, der französische Postmeister Guyot anno 1724 ausführte. Wie Kessel nachwies, kann jedoch ein gewöhnlich knieförmig gebogener Katheter vom Munde aus nie in die Rachenmündung der Ohrtrompete eingeführt werden, sondern es ist dazu ein vom Verf. construirter Katheter nöthig. Zur Vermeidung der störenden Contraction der Gaumenmuskeln muss während des Katheterismus die Respiration durch die Nase erfolgen. Urbantschitsch.

553. **Ueber die von der Höhe des Stimmgabeltones und der Applicationsstelle abhängige Leitung durch die Kopfknochen.** Von Urbantschitsch. (Archiv für Ohrenheilkunde, XII. Bd.)

Anlässlich einer Beobachtung an einem Patienten mit alternirender Schwerhörigkeit, bei der das Ergebniss der Untersuchung mit zwei verschiedenen Stimmgabeln sehr verschieden ausfiel, hat Verf. an 30 Patienten Untersuchungen mit 8 Stimmgabeln verschiedener Höhe ausgeführt. Im Original sind ausführliche Mittheilungen über sämmtliche Fälle. Da eine Darstellung derselben nur in derselben Ausdehnung von Interesse wäre, diese aber die Grenzen eines Referats überschreiten würde, beschränken wir uns auf die Wiedergabe der erlangten Resultate: Die Perception des Stimmgabeltones hängt nicht allein von der Stelle der Application, sondern auch von der Höhe des Stimmgabeltones ab. Solche Unterschiede treten zuweilen schon deutlich bei zwei Stimmgabeln von sehr geringem Tonunterschied auf, wie z. B. a‴ und gis‴.

Hinsichtlich der Applicationsstelle besteht häufig eine Abhängigkeit von einer bestimmten Stelle des Kopfes, und es kann z. B. ein bestimmter Stimmgabelton von der Nasenwurzel aus von dem rechten Ohr gehört werden, während derselbe Ton an einer einige Millimeter höheren Stelle mit dem linken Ohr percipirt wird. Fast stets findet sich an irgend einer Stelle ein neutraler Punkt, wo die Stimmgabel von beiden Ohren mit gleicher Stärke gehört wird. In einigen Fällen findet man eine gekreuzte Perception. Bei ganz allmäligem Fortschreiten von einer Stelle, an der von einem Ohr die Gabel stärker gehört wird, bleibt diese stärkere Perception zuweilen noch eine Strecke über den vorher ermittelten neutralen Punkt hinaus. Nicht in jedem Falle sind neutrale Punkte vorhanden; auch wechseln die Untersuchungsresultate bei denselben Fällen ohne nachweisbare Veränderung.

Bezüglich der Verwendung der Stimmgabel als diagnostisches Hilfsmittel ergaben die Untersuchungen, dass zur Erlangung sicherer Resultate

Digitized by Google

stets Untersuchungen mit wenigstens drei Stimmgabeln an verschiedenen Stellen und zu wiederholten Malen angestellt werden müssen.

Unter den untersuchten Fällen befanden sich 3 normale, 2 accumulatio ceruminis, von denen einer vor und nach dem Ausspritzen untersucht worden ist, 7 chron. Mittelohrkatarrhe, 6 einseitige eitrige Katarrhe des Mittelohres, 3 alte Perforationen und eine Narbe des Trommelfells, eine einseitige Facialisparese und 6 Labyrinth-Affectionen. **Michael.**

554. Ueber die Durchschneidung des Steigbügelmuskels beim Menschen und über die Extraction des Steigbügels resp. der Columella bei Thieren. Von Dr. J. Kessel in Graz. (Arch. f. Ohrenh. 1876. XI. Cand. S. 199.)

Versuche an Tauben lehrten den Verf., dass die Entfernung der Columellaplatte aus dem ovalen Fenster nicht die mindesten Erscheinungen von Störungen des Gleichgewichtes hervorrufe, selbst dann nicht, wenn die Perilymphe mittelst eines Röhrchens zum grossen Theile ausgesaugt wird; dagegen zeigte sich bei dem einen Versuchsthiere während der ersten Tage, in denen die Perilymphe fortwährend aussickerte, eine hochgradige Schwerhörigkeit, welche sich erst in der zweiten Woche verlor, wahrscheinlicher Weise nachdem durch Bildung eines membranösen Verschlusses keine Perilymphe aus dem Foramen ovale austreten konnte. Durch diese Beobachtungen ermuthigt, entschloss sich Verf. bei einer Patientin mit Perforation des Trommelfelles und nachweislicher Fixirung des Steigbügels im ovalen Fenster, zur Behebung der vorhandenen Schwerhörigkeit und des höchst quälenden Ohrensausens, eine Lockerung, eventuell eine Entfernung des Steigbügels vorzunehmen. Nach Durchschneidung der den Stapes fixirenden Pseudomembranen besserte sich die Schwerhörigkeit auffällig, wogegen das Ohrensausen fast unverändert fortbestand, dagegen auf die nachträglich vorgenommene Durchtrennung der Sehnen des Musc. stapedius plötzlich völlig verschwand. Der Effect der Operation bestand noch 6 Monate nach der Durchschneidung der Sehne.

Urbantschitsch.

555. Zwei Fälle von Durchtrennung der Sehne des Steigbügelmuskels am Menschen. Von Urbantschitsch. (Wiener med. Presse Nr. 18—21. 1877.)

Anomale Fixation des Stapes im Foramen ovale durch Schleimhautwucherungen, Pseudomembranen etc. bedingen hochgradige Schwerhörigkeit. Denselben Erfolg können Krankheiten der Sehne und des Muskels des Stapedius haben. Wiederherstellung der Locomotion des Knöchels kann das Gehör verbessern wie im folgenden Falle: Einem äusserst schwerhörigen Pat., der ausserdem an subj. Gehörsempfindungen und an Perforation beider Trommelfelle litt, operirte Verf. einen Polypen, der sich nahe dem ovalen Fenster befand. Bei der Operation trat heftiges Sausen und

Digitized by Google

starker Schwindel auf. Nach der Operation wurde die Uhr, die vorher nicht von den Kopfknochen percipirt wurde, 2 Ctm. weit gehört. Das Sausen verschwand allmälig, die Gehörverbesserung blieb.

Die von Russel empfohlene Durchschneidung der Stapessehne hat Verf. in folgenden zwei Fällen ausgeführt:

Frau M., 48 J. alt, wurde am 23. Nov. 1876 von Schwindel, Ohnmacht und Ohrensausen plötzlich befallen. Seit der Zeit l. continuirliche Geräusche und Schwerhörigkeit. Auf der l. Seite des Kopfes besteht zugleich das Gefühl von Schwere, Hautschmerz bei Berührung der Haare und starke Kopfschmerzen.

R. keine besonderen Anomalien. Elektricität war ohne Nutzen angewandt. Durch eine linksseitige Perforationsöffnung ist der Steigbügel und der Stapedius als weisser Strang sichtbar, die Berührung des Steigbügels mit der Sonde ergibt verminderte Beweglichkeit desselben. Am 27. Jänner 1877 wurde, da auch eine längere Behandlung mit Luftanwendung erfolglos war, die Sehne des Stapedius mit dem Tenotom angeschnitten. Die vollständige Durchschneidung wurde durch eine Bewegung der Patientin vereitelt. Die darauf vorgenommene Gehörprüfung ergab für die vorher selbst von den Kopfknochen nicht percipirte Uhr 22 Ctm., mittellaute Sprache wurde 4 Schritte weit gehört. Die vorher angegebenen subjectiven Schmerz- und Gehörsempfindungen waren verschwunden. Letztere stellten sich nach einigen Tagen wieder ein, weshalb auch der Rest der Sehne durchschnitten wurde. Das Gehör besserte sich im weitern Verlauf für die Uhr auf 45 Ctm. Die früheren Klagen stellten sich bis auf mässigen zuweilen auftretenden Kopfschmerz nicht wieder ein.

2. Fall. J. B., 17 Jahre alt, leidet seit 4 Jahren an doppelseitigen eitrigen Katarrh. Hörfähigkeit sehr herabgesetzt, bes. links. Nachts tritt zeitweise starkes Sausen mit completer Taubheit auf. In der rechten Schläfe Gefühl von Schwere. Das erschlaffte Narbengewebe liegt der hinteren Wand dicht an, lässt den Steigbügel und dessen Sehnen durchschimmern. L. Trübung, Verkalkung und acute Perforation. Nachdem das Narbengewebe eingeschnitten, lässt sich mit der Sonde verminderte Beweglichkeit des Steigbügels constatiren. Am selben Tage wurden auch die Stapessehnen durchschnitten, worauf sich das Gehör für die Uhr von 21 auf 29 Ctm. besserte. In den nächsten Tagen stieg die Hörweite auf 45 Ctm. für die Uhr, für leise Sprache bis auf 4 Schritte. Die Kopfschmerzen und das Gefühl von Schwere verschwanden. Auch auf dem rechten nicht operirten Ohre trat Gehörverbesserung auf. Es wurde nämlich die Taschenuhr dort beim Anlegen gehört, was früher nicht der Fall war.

Von Interesse ist, dass in beiden Fällen Gefühle von Schwere und Kopfschmerzen bestanden und durch die Operation beseitigt wurden und dass die Hörverbesserung noch in den nächsten Tagen zugenommen. Die Hörverbesserung auf dem nicht operirten Ohr kann als sympathisch aufgefasst werden. Michael.

Digitized by Google

556. Ueber die Perforation des Warzenfortsatzes. Von Hartmann. (Langenbeck's Archiv Bd. 21, Heft 12.)

Verf. theilt das Ergebniss seiner Untersuchungen an 100 Schläfenbeinen mit, welche zu dem Zwecke angestellt sind, um die für die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes günstigste Stelle statistisch festzustellen. Seine Resultate sind folgende: Die durchschnittliche Höhe (linea temporalis über der spina supra meatum bis Spitze) 32,4 Mm., grösste Höhe 42, kleinste 23 Mm., so dass also Differenzen von fast 2 Ctm. vorkommen. Durchschnittsentfernung der spina supra meatum vom hintern Ende der incisura mastoidea 26,7 Mm, kleinste 18, grösste 35 Mm. Incisio parietalis durchschnittlich 22,5 von der spina supra meatum entfernt; kleinste Entfernung 14, grösste 34 Mm. Als Anhaltspunkte für die Wahl der Operationsstelle dienen:

1. Stand des Gehörgangs, welchen Verf. bei weiter Oeffnung mit dem Finger, bei enger mit dünnen stumpfen Instrumenten misst.

2. Linea temporalis. Dieselbe bildet nicht, wie meistens angenommen wird, die Grenze der mittleren Schädelgrube, sondern liegt in einem Drittheil der untersuchten Fälle 1 Ctm. höher als dieselbe. Es kann daher vorkommen, dass dura mater freigelegt wird, selbst wenn unterhalb derselben operirt wird.

3. Spina supra meatum. Sie steht etwas tiefer als die Gehörgangswand, etwas höher als der Boden des antrum.

4. Die Anheftungslinie der Ohrmuschel liegt in der Höhe der Spina supra meatum 10—11 Mm. von derselben entfernt.

Die Basis der mittleren Schädelgrube ist von der oberen Gehörgangswand bald nur einige Millimeter getrennt (Tiefstand), bald durch lufthaltige Knochenmasse von bis 1 Ctm. Dicke (Hochstand). Auch in der Gegend des antrum findet sich die mittlere Schädelgrube nur wenig oberhalb der oberen Gehörgangswand; daher darf der Operationscanal nicht höher als die obere Gehörgangswand liegen.

Die hintere Schädelgrube mit der fossa sigmoidea tritt am dichtesten an die Gehörgangswand. Der Sinus wölbt sich zuweilen in den Warzenfortsatz hinein. Hier liegt die gefährlichste Stelle im äussern Theil des knöchernen Operationsgebiets, weshalb Verf. eine Methode, die eine trichterförmige Oeffnung mit breiter Basis bezweckt, verwirft. So war in einem Schläfenbein aus Politzer's Sammlung eine breite Usur des Knochens durch den Sinus vorhanden und an Schläfenbeinen Zuckerkandl's bulböse Vorwellungen bis zu Haselnussgrösse. Bei der grossen Häufigkeit starker Hervorwellungen, die auch Verf. constatirte, stellt er den Grundsatz auf, den Perforationscanal nicht hinter, sondern vor der Anheftungslinie der Ohrmuschel anzulegen, so dass die hintere Eingangsöffnung des Canals nicht weiter als 1 Ctm. von der spina supra meatum entfernt liegt, d. i. 6—8 Mm. von der Gehörgangswand.

Digitized by Google

Die Entwicklung der Warzenzellen ist sehr verschieden. Oft sind sie sehr gross, oft klein und in 4 Percent fand Verf. den ganzen Warzenfortsatz als compacte Masse. Ihre Anordnung ist häufig radiär.

Ueber die Operation fügt Verf. noch folgende Vorschriften hinzu: Der Hautschnitt wird in der Anheftungslinie der Ohrmuschel gemacht, letztere nach vorn abgezogen und vom Periost entblösst. Ein 4 Mm. breiter Bohrer wird 8 Mm. hinter der spina supra meatum in gleicher Höhe mit derselben ungefähr 7 Mm unter der linea temporalis unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Standes der obern Gehörgangswand aufgesetzt und muss das Vordringen parallel zur Richtung der Gehörgangsaxe geschehen. Nur das äussere Ende des Canals darf zum besseren Abfluss des Secrets trichterförmig erweitert werden und nur zur Entfernung etwa vorhandener Biegungen der Canal in ganzer Ausdehnung vergrössert werden. Um dem Uebelstande einer zu kleinen Oeffnung abzuhelfen, empfiehlt Verf. gleichzeitig eine Gegenöffnung des antrums vom äussern Gehörgang aus anzulegen und hat zu diesem Behufe einen recht zweckmässigen Bohrer angegeben.

Vorwölbungen des sinus scheinen erst im späteren Alter aufzutreten; weshalb im jugendlichen die Operation verhältnissmässig weniger gefährlich ist. Michael.

557. Nitrite of Amyl in tinnitus aurium. Von Burnett. (New-York med. record. 4. Aug. 1877.)

Verf. hat das von Urbantschitsch, vom Ref., dann auch von Weber-Liel gegen Ohrensausen empfohlene Amylnitrit in einem Falle mit Erfolg angewendet, den er, weil er eine neue interessante Erscheinung darbot, mittheilt: Herr B., 29 J. alt, hatte vor 13 J. ein sog. Kopffieber (brain fever) und leidet seit der Zeit an hochgradiger Schwerhörigkeit und starkem Ohrensausen. Die obj. Untersuchung ergab negative Resultate, weshalb Verf. die Affection als rein nervöse auffasst. Am 17. April Inhalation von 2 Tropfen Amylnitrit. Nach Aufhören der gewöhnlichen Symptome war das Sausen verschwunden und kehrte erst nach zwei Stunden, jedoch nicht zur frühern Stärke zurück. Bis zum 1. Mai wurde das Medicament jeden zweiten Tag in derselben Dosis mit demselben Erfolg gegeben. Die Geräusche kehrten dann selbst nach mehrtägigem Aussetzen nicht zur früheren Stärke zurück, die vollkommen freie Zeit betrug jedoch bei den späteren Inhalationen nur $1^1/_2$ Stunden.

Als bisher noch nicht bekannte Nebenerscheinung wurde ein während der Röthe des Gesichts bestehender Gesichtsfelddefect beobachtet. Pat. sah einen gelben Fleck, der, auf eine 30 Ctm. entfernte Papierfläche projectirt, die Grösse von 3 Ctm. hatte. Verf. hält das Phänomen für eine Folge des Druckes der überfüllten Choidealgefässe. Verf. empfiehlt das Mittel zu weiteren Versuchen. Michael.

Digitized by Google

558. Ueber pathologische Befunde im Ohrlabyrinth bei secundär Syphilitischen und die durch dieselben bedingten Gehörsstörungen. Von Prof. Dr. Moos in Heidelberg. (Virch. Arch. 69. Band.)

Unsere Kenntnisse über die Erkrankung des Gehörorganes, besonders des Labyrinthes bei Syphilis, sind gegenwärtig noch sehr mangelhafte. Von verschiedenen Beobachtern wurde Synostose der Steigbügel-Vorhofsverbindung constatirt, nähere Untersuchungen des Labyrinthes sind bisher nicht angestellt worden.

Verf. theilt einen Fall von secundärer Syphilis mit, in welchem nach 7 Jahren ein heftiges Ohrensausen auftrat, nebst Schwindel, welcher nach 2 Monaten wieder zurückging. Die Untersuchung des Ohres ergab einen vollkommen intacten schallleitenden Apparat, dagegen eine schwere Labyrinthreizung. In den folgenden Monaten trat eine bis zu dem Tode des Patienten stets ansteigende Schwerhörigkeit hinzu. Die Untersuchung des rechten Felsenbeines ergab ein normales äusseres und mittleres Ohr, wogegen das Labyrinth bedeutende Veränderungen aufwies, u. z. constatirte Moos: eine Sclerose des Felsenbeines, Periostitis im Vorhofe mit kleinzelliger Infiltration des häutigen Labyrinthes, endlich Ancylose der Stapesplatte auf der Vorhofsfläche. Der Stamm des Acusticus war unverändert.

Wegen der dolores osteocopi cranii, an welcher Patient gleichzeitig mit dem Auftreten der krankhaften Erscheinungen von Seiten des Ohres gelitten hatte, nimmt Verf. an, dass die Affection des Labyrinthes als ein durch die Bindesubstanz des Knochens und des Periosts vom Schädel auf das Labyrinth fortgepflanzter, specifischer Entzündungsprocess zu betrachten wäre.

In der Epikrise macht Moos aufmerksam, dass bei einer syphilitischen Erkrankung des Gehöres die in äusserst kurzer Zeit entwickelte, hochgradige Taubheit bereits in mehreren Fällen beobachtet wurde.

Urbantschitsch.

559. Zur Diagnose und Therapie der Laryngo- und Tracheo-Stenosen. Von Dr. Joh. Schnitzler. (Wiener Klinik. III. Jahrg. 1877. 1. Heft.)

I.

Ein 54 Jahre alter Eisenbahnbeamter kam Anfang Juli 1875 auf die Poliklinik und erzählte, dass er vor etwa zwei Jahren plötzlich fast ganz stimmlos geworden sei. Seitdem habe die Aphonie ununterbrochen angehalten. Dazu hätten sich allmälig auch Athembeschwerden gesellt; hie und da seien auch Schlingbeschwerden aufgetreten.

Die Untersuchung ergab: Patient ziemlich kräftig gebaut, athmet nur mit grosser Anstrengung; schon in einiger Entfernung hört man das laute, stenotische Respirationsgeräusch. Der Kehlkopf macht ziemlich starke respiratorische Excursionen; der Thorax breit, an den Lungen und am Herzen, sowie an den Unterleibsorganen nichts Abnormes.

Digitized by Google

Bei der Inspection der Mundhöhle sah man tief im Schlunde, und zwar an der rechten hinteren Rachenwand, die obere Hälfte einer ovalen, etwa hühnereigrossen Geschwulst, welche mit einer dünnen, gerötheten Schleimhaut überzogen schien. Mit dem Finger konnte man nur den oberen Rand und erst mit einiger Anstrengung ungefähr die Mitte der Geschwulst erreichen. Der Tumor gab beim Fingerdrucke ein wenig nach. Die laryngoskopische Untersuchung ergab: Der Larynx schief von rechts und hinten nach links und vorne verdrängt, die Stimmritze dementsprechend schief, dabei auffällig verengt; dieselbe wird selbst bei der tiefsten Inspiration kaum über 3 Millimeter erweitert; dabei liegt der rechte Aryknorpel um etwa 6 Millimeter weiter nach vorn und um etwa 3 Millimeter tiefer; derselbe bleibt sowohl bei der Phonation als auch bei der Respiration völlig unbeweglich.

Was die Diagnose betrifft, so konnte aus leicht ersichtlichen Gründen eine absolut sichere Diagnose nicht gestellt werden. S. selbst hielt es für das Wahrscheinlichste, dass primär die Rachengeschwulst entstanden sei, und secundär durch Druck auf die dort verlaufenden Gefässe und Nerven (namentlich auf Vagus und Recurrens) die geschilderten Veränderungen im Kehlkopfe erzeugt habe.

Bei einer solchen Unsicherheit in der Diagnose hielt Verf. es für rathsamer, die Geschwulst vorerst weniger zu beachten, vielmehr zunächst den Versuch zu machen, die Stenose durch den Katheterismus des Larynx zu beheben. Monate hindurch wurde nun der Katheterismus des Larynx geübt und fühlte sich Patient auch nach jedesmaligem Katheterisiren besser; der Tumor blieb während dieser Zeit ziemlich gleich.

Nachdem S. den Kranken einige Zeit nicht gesehen hatte, wurde er am 20. April zu ihm gerufen. Verf. fand den Kranken hochgradig collabirt, mit kleinem, kaum fühlbaren Pulse, sehr beschleunigter, oberflächlicher Athmung. Die Percussion und Auscultation der Lunge ergab nichts wesentlich Abnormes; die Geschwulst war wie früher, schien nur etwas tiefer zu liegen. Zwei Tage später starb der Kranke unter den Erscheinungen der Herzlähmung.

Die Obduction ergab Folgendes: Die Schilddrüse von vorne etwas, aber nicht bedeutend vergrössert. Bei genauerer Präparation zeigt sich, dass der rechte Schilddrüsenlappen einen Anhang besitzt in Form eines hühnereigrossen Knollens, der gegen das übrige Schilddrüsengewebe durch eine fibröse Hülle scharf abgegrenzt ist und sich zwischen Wirbelsäule einerseits, Pharynx und Oesophagus andererseits einlagert. Durch ihn erscheint sowohl der Pharynx mit dem obersten Oesophagusstücke, als auch der Larynx mit der Trachea von rechts hinten nach links vorne comprimirt. Die Knorpel des Larynx sind so verschoben, dass die Spitze des rechten Aryknorpels um 8 Mm. weiter vorne und um 4 Mm. tiefer als die des linken steht. Die Stimmritze lässt nicht das Nagelglied des kleinen Fingers mehr einführen. Die rechte Trachealwand in ihrer oberen

Digitized by Google

Hälfte gegen das Lumen fast convex vorspringend und so dasselbe stenosirend. Der weitere Befund von keinem besonderen Belang.

Demnach hatte sich die räthselhafte Geschwulst im Rachen als eine accessorische Schilddrüse entpuppt. Verf. hält es für wahrscheinlich, dass an der rechten Schilddrüse schon früher ein accessorischer Lappen, doch nur als kleines Anhängsel vorhanden war, ohne irgend welche Störung zu verursachen, bis dann vor zwei Jahren sich dieser Lobulus plötzlich vergrösserte.

Mit ziemlicher Sicherheit lässt sich ferner annehmen, dass die Struma bei ihrer eigenthümlichen Lage und ihrem raschen Wachsthum zuerst die Trachea und dann den Larynx ein wenig nach links und vorne verdrängte und dass es durch den continuirlichen Druck auf die hintere Larynxwand zu einer Entzündung des Ring- und r. Giessbeckenknorpels kam, welche allmälig zu einer bindegewebigen Verwachsung des Cricoarytänoidalgelenkes führte.

Die Frage, ob bei einer rechtzeitigen Diagnose während des Lebens eine andere erfolgreichere Behandlung möglich gewesen wäre, beantwortet Verf. dahin, dass zur Zeit der Uebernahme des Patienten in poliklinische Behandlung die Exstirpation des Struma nichts mehr gefruchtet hätte, da die secundären Veränderungen im Larynx damals schon zu weit vorgeschritten waren, als dass die Stenose mit der Entfernung der Ursache noch behoben worden wäre.

Dagegen leistete im vorliegenden Falle der Katheterismus Alles, was sich überhaupt erwarten liess.

Im Anschlusse hieran theilt Verf., um die grosse Bedeutung der endolaryngealen Operationen zu illustriren, einen Fall von endolaryngealer Operation einer Larynxstenose, der zugleich den ersten vollständig gelungenen dieser Art darstellt, mit.

Es handelte sich um einen Mann von 25 Jahren, der an alter Syphilis litt. Seit etwa drei Jahren litt er an immer mehr zunehmenden Athembeschwerden, die sich mitunter zu Erstickungsanfällen steigerten.

Die laryngoskopische Untersuchung ergab die Schleimhaut des Kehlkopfinneren geröthet, die Taschenbänder etwas geschwellt, die Stimmbänder mattgrau; letztere schlossen beim Phoniren ziemlich gut, wichen dagegen selbst bei der tiefsten Inspiration nur 2—4 Millimeter auseinander. Unterhalb der Stimmbänder zeigte sich eine grauweissliche diaphragmaähnliche Membran, die von dem vorderen Winkel der Stimmritze auszugehen schien, sich nach hinten zog und auf diese Weise den Kehlkopf bis auf eine zwischen den Aryknorpeln gelegene, etwa gänsefederkielweite Oeffnung vollständig verschloss.

Die Durchtrennung dieser Membran mittelst eines geknöpften Messers führte zu einer vollständigen und bleibenden Heilung.

Auch in einem zweiten Falle von hochgradiger Larynxstenose durch

Digitized by Google

Verwachsung der Stimmbänder nach einer acuten Krankheit (am wahrscheinlichsten Typhus oder Diphtheritis) trat gänzliche Heilung ein.

II.

Verengerungen der ersten Luftwege entstehen entweder durch Erkrankung dieser Organe selbst, oder durch Erkrankung der Nachbarorgane, oder aber durch Eindringen fremder Körper in den Kehlkopf und die Luftröhre.

Zu der ersten Gruppe gehören alle Entzündungen der Schleimhaut und des submucösen Gewebes dieser Organe; ferner die verschiedenen Verschwärungsprocesse mit ihren Folgen, endlich Erkrankungen des Perichondriums oder der Knorpel selbst.

Von den Erkrankungen der Nachbarorgane sind die häufigsten die Anschwellungen der Schilddrüse, Neubildungen am Halse, ein Mediastinum, Entzündungen und Entartungen des Brustbeins oder der Wirbelsäule; Erkrankungen des Rachens, der Schlund- und Speiseröhre.

Von den Symptomen der Kehlkopf- und Luftröhrenverengerung ist das erste und wichtigste eine mehr minder hochgradige Dyspnoë. Gewöhnlich stehen diese Athembeschwerden in geradem Verhältnisse zur Verengerung der ersten Luftwege; doch beobachtet man zuweilen auch bei verhältnissmässig geringer Stenose hochgradige Dyspnoë und umgekehrt bei hochgradiger Verengerung nur ganz geringe Athembeschwerden. Von besonderem Einflusse auf den Grad der Dyspnoë ist insbesondere die Raschheit, mit der sich die Stenose entwickelt. Mitunter wechseln auch bei gleichbleibender Stenose die Athembeschwerden ganz auffällig; manchmal liegt die Ursache dessen in einem hinzugetretenen Katarrhe des Larynx und der Trachea, in anderen Fällen in einem Krampfe der Verengerer der Stimmritze u. dgl. m.

Von der Richtigkeit der von Gerhardt aufgestellten Unterscheidungsmerkmale zwischen Kehlkopf- und Luftröhrenverengerung, dass nämlich bei Trachealstenosen der Kehlkopf sich beim Athmen fast gar nicht bewege, während derselbe bei Larynxstenosen grössere Excursionen mache, konnte Verf. sich doch nicht in allen Fällen überzeugen; ja er konnte in einzelnen Fällen selbst von hochgradiger Larynxstenose fast gar keinen Descensus laryngis beobachten. Dagegen zeigen bei Verengerung des einen Bronchus die veränderten Athmungsverhältnisse sich blos auf Seiten des verengten Bronchus, während bei Verengerung der Trachea der veränderte Athmungstypus auf beiden Seiten gleich sein wird.

Die Stimme ist nicht allein bei Larynx, sondern auch bei Trachealstenosen fast immer wesentlich verändert; sie ist rauh, heiser, matt.

Ein constantes Symptom bei der Stenose des Larynx und der Trachea ist die Veränderung des Athmungsgeräusches in den grossen Luftwegen; man findet hier ein lautes, rasches, pfeifendes Stenosengeräusch, oft von so bedeutender Intensität, dass es selbst auf weite Distanz noch

Digitized by Google

gehört wird; oft fühlt man dasselbe als Schwirren am Halse, und theilweise selbst am Thorax.

Die übrigen Symptome sind weniger constant und bedeutungsvoll; Husten, Schmerz und Kitzel kann vorhanden sein oder auch fehlen. Der Puls ist oft ganz ausserordentlich beschleunigt.

Aus diesen Symptomen kann man unschwer eine Diagnose der ersten Luftwege erkennen; den genaueren Sitz des Leidens kann man jedoch häufig erst mittelst des Kehlkopfspiegels erkennen. Die häufigste Form bilden die sog. Compressionsstenosen und unter diesen führen wieder die Anschwellungen der Schilddrüse am häufigsten zur Verengerung. Nicht immer aber werden die stenotischen Erscheinungen durch den directen Druck des Struma auf Larynx und Trachea hervorgerufen, sondern häufig auch durch Compression des N. vagus und recurrens. In diesen Fällen beobachtet man öfter auch asthmatische Anfälle. In gleicher Weise können vergrösserte Lymphdrüsen Compression der Trachea und der Bronchien bewirken, ferner Aorten-Aneurysmen. Insbesondere ist es bei letzterer Form der rechte Bronchus, der zunächst comprimirt wird. Indess darf man nicht vergessen, dass die stenotischen Erscheinungen bei Aorten-Aneurysmen nicht immer ausschliesslich Folge eines directen Druckes auf die Trachea sind, sondern nicht selten auch durch Druck auf die Lungengefässe und die Recurrentes veranlasst werden.

Zum Schlusse theilt Verf. einen von ihm vor 2 Jahren beobachteten interessanten Fall von Compressionsstenose mit, der bedingt war durch einen Tumor im hinteren Mediastinum, der sich bei der Section als ein von der Wirbelsäule ausgehender Senkungsabscess, welcher die Trachea comprimirt hatte, ergab. Riegel.

560. Laryngologische Betrachtungen und Erfahrungen. Von C. M. Hopmann. I. Ueber die Neigung der Stimmbandschleimhaut zur Polypenbildung. (Arch. f. klin. Med. Bd. 18, p. 319.)

Verf. bespricht in einer längeren Abhandlung die Aetiologie der Stimmbandpolypen und sucht zuerst die herkömmlichen Ansichten hierüber zu widerlegen. Locale Reize, wie forcirte Anstrengungen geben wohl zu mehr minder protrahirten Katarrhen, in seltenen Fällen auch zu Ulcerationsbildung Veranlassung und werden schon bestehende katarrhalische Erkrankungen unterhalten und verschlimmern, aber ebensowenig wie auf andern Schleimhäuten im Stande sein, direct Polypenbildung hervorzurufen. Die eigentliche Erklärung des Auftretens der Chordapolypen ist in dem anatomischen Bau der Stimmbandschleimhaut zu suchen. Dieselbe stellt eine sehr dünne, von geschichtetem Plattenepithel bekleidete Schleimhaut dar, die von einer geringen Anzahl sehr enger Arterien, einem sehr weitmaschigen Blut- und Lymphcapillarnetz und wenig Nerven durchzogen ist. In Folge dieses fast rudimentären Baues werden alle vitalen Vorgänge in ihr mit verminderter Energie auftreten und z. B. entzündliche Ab-

Digitized by Google

lagerungen, wie sie anlässlich eines chronischen, insbesondere circumscripten Katarrhs entstehen, viel längere Zeit zur Resorption bedürfen, als an den übrigen Stellen des Larynx. Somit wäre der Anlass zur circumscripten localen Wucherung, zur Polypenbildung gegeben. Der Sitz derselben an den Stimmbändern selbst wird nun durch die Schwingungen desselben beeinflusst. Die Wanderzellen des entzündlichen Infiltrats werden nämlich von den schwingenden Partien nach den Punkten grösserer Ruhe, den Schwingungsknoten (Schnitzler) zusammenströmen, ähnlich dem Vorgang beim Entstehen der Chladni'schen Klangfiguren, mit welcher Erklärung das Vorkommen der Polypen namentlich an der vorderen Hälfte der Stimmbänder, wo sich am häufigsten die Schwingungsknoten bilden, übereinstimmt. Eine Bestätigung seiner ätiologischen Deduction findet Verf. in dem Umstande, dass eine local irritirende Therapie durch erhöhte Lebensthätigkeit und regeren Stoffwechsel Resorption der Neubildungen zu bewirken vermag. Den Schluss der interessanten Arbeit bildet eine Tabelle von 25 zum Theil operirten Fällen. Fritsche.

561. Ein Fall von totaler doppelseitiger Stimmbandlähmung. Von Brieger (Bern). (Berliner klin. Wochenschrift 1877, Nr. 23.)

Brieger veröffentlicht einen von ihm auf der medicinischen Klinik zu Bern beobachteten Fall. Der Patient, ein Phthisiker, will nach einer Erkältung plötzlich heiser geworden sein. Die Untersuchung des Thorax gibt beiderseits phthisische Infiltration der Lunge, rechts stärker als links. „Hinter dem m. sternocleidomast. bds. namentlich war ein bohnenförmiger Drüsenstrang. Vor der Trachea eine höckerige Geschwulst, die mit den Schluckbewegungen auf und absteigt, welche auch hinter dem Sternocleid. beim Schlucken gefühlt wird. Laryngoskopisch sieht man, wie der Kehldeckel sammt dem Zungengrunde etwas gehoben, aber nicht sichtlich diesem genähert wird, während jeder Exspiration geht er etwas nach unten und hinten. Beim Berühren mit der Sonde an der Vorderfläche des Kehldeckels, sowie zwischen Zunge und Kehldeckel treten Hustenbewegungen ein, aber nicht sehr energisch. Die wahren Stimmbänder weiss, nicht sehr glänzend, die falschen Stimmbänder, der Schleimhautüberzug, der Aryknorpel aufgelockert, letzterer blass, ersterer etwas geröthet. Stimmritze in Cadaverstellung während In- und Expirium fast gleich, bei starker Inspiration zuweilen schwache Verengerung, dabei gehen die Spitzen der Aryknorpel leicht auf nach vorne. Stimme völlig heiser. Grosse Kurzathmigkeit beim Sprechen und geringe beim Liegen, mühsamer Husten. Patient verschluckt sich leicht beim Geniessen von Flüssigkeiten.“

Nach 8 Wochen exitus letalis. Die Section ergab bds. Lungenphthise. Die Schilddrüse bds. etwas vergrössert, rechts stärker als links. Im Larynx keine Defecte. Die Vagi makroskopisch und mikroskopisch normal, der linke nerv. recurrens war beim Umschlagen um den Aorten-

Digitized by Google

bogen an diesen und an eine vergrösserte Lymphdrüse durch straffes Bindegewebe angeheftet. „Der rechte Recurrens verlief anfangs zwischen einer Reihe vergrösserter Lymphdrüsen von der Stelle ab, wo er sich vom Vagus abzweigt und hinter der Subclavia sich nach oben umschlägt; weiterhin war er in den vergrösserten Lappen der tyreoid. völlig eingebettet, er selbst von dieser Stelle an papierdünn und von röthlicher Farbe." Mikroskopisch konnte im nerv. recurrens gänzliches Fehlen der Markscheide nachgewiesen werden, Axencylinder waren theilweise noch vorhanden. Ebenso wurde starke „Endoneurium- und Kernwucherung" nachgewiesen. Die Kerne selber waren bedeutend grösser als normal.

Diese Veränderung beobachtete Brieger von „jener Stelle ab, wo der Nerv zwischen den geschwollenen Lymphdrüsen verlief". Links fand sich zwar noch eine Markscheide, doch war sie wenig entwickelt; die Axencylinder waren bds. grösstentheils geschwunden. Ueber den Befund am nervus laryngens superior bemerkt Brieger leider gar nichts; doch scheint man aus dem Folgenden entnehmen zu müssen, dass er normal befunden wurde.

Es wurde nun noch die Musculatur des Larynx einer eingehenden Untersuchung unterzogen. Die Muskelbündel waren sehr schmal, die Querstreifung grösstentheils verschwunden, die Fibrillen fettig degenerirt. Diese Degeneration wurde gefunden an den Mm. cricoarytaenoid. postic. et lateral. am Musc. arytaenoid. transversus, in geringerem Grade, noch etwas geringer an den Mm. tyreo- und aryepiglottic. Ueber die Musc. tyreoarythaenid. erfahren wir nichts; die Mm. tyreocricoid. waren normal. Die Schlussfolgerung Brieger's ist nun folgende: nervi recurrent. sind degenirt, die von ihnen versorgten Mm. cricoarytaenoid. postici und laterales (tyreoarythaenoid. an dieser Stelle ist wohl ein Druckfehler) ebenfalls in hohem Grade. Wenn wir nun an den Kehldeckeldetractoren ähnliche Veränderungen, wenn auch weniger ausgebildet vorfinden, so wird der nerv. recurrens auch der Theilnahme an der Innervation dieser Muskelgruppe zu bezichtigen sein. Der Mm. Arythenoideus transversus ist nach Brieger's Schlussfolgerung „auch" vom nerv. recurrens innervirt, „allerdings auch nur zum kleineren Theile".

Das plötzliche Eintreten der Heiserkeit erklärt sich Brieger dadurch, dass in Folge einer Erkältung eine Exacerbation des Lungenleidens und „hierdurch wiederum eine vermehrte Schwellung der Lymphdrüsen und so eine rasch zunehmende Compression der Nn. recurrent. verursacht worden". Prof. Quincke hat dem Verf. Mittheilung von einem zweiten Falle von plötzlicher, diesmal einseitiger (links) Stimmbandlähmung gemacht, den er auf ähnliche Weise zu erklären geneigt ist. Heymann.

562. Ueber Struma pulsans acuta. Von Lücke. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1877. 7. Bd. 5. u. 6. Heft.)

Nachdem Lücke auf Grund neuerer Erfahrungen den Unterschied pulsirender und aneurysmatischer Kröpfe von einander entschieden urgirt

Digitized by Google

hat, theilt er 5 Krankengeschichten mit, die er als den Anfang einer in Strassburg neuerdings auftretenden Kropfepidemie betrachtet. Alle fünf betreffen jugendliche Individuen, bei allen fünf ist der Kropf ganz acut entstanden, nur bei einem (Fall 3) ist schon einen Monat vorher eine „schmerzlose Schwellung des Halses" bemerkt worden. In drei Fällen betraf die Anschwellung die ganze tyreoidea, zweimal war vorzugsweise der rechte Lappen geschwollen. Jedesmal war die Geschwulst weich, schmerzlos, liess sich durch anhaltenden Druck fast völlig wegdrücken und kehrte stossweise mit dem Pulse wieder. Der aufgelegte Finger fühlt Schwirren in der Geschwulst, das Sthetoskop weist deutliche Blasegeräusche, die mit dem Puls synchronisch sind, nach. Eine Ausnahme hiervon bildet Fall 4, wo keine Pulsationen nachgewiesen werden konnten. In allen Fällen sind Athembeschwerden und Cyanose vorhanden. Das Herz war bei allen Fällen gesund, Exophthalmus nicht vorhanden. Die Behandlung bestand in allen Fällen in dem innerlichen Gebrauch von Jodkali, wozu in den letzten drei Fällen noch parenchymatöse Jodinjectionen gesellt wurden. Hierdurch wurde vollständige Heilung erzielt.

Da 4 dieser Fälle Knaben betrafen, die dieselbe Schule besuchten, so wurden darauf bauende Untersuchungen der Schule von Krieger und Sonnenburg angestellt, als deren Resultat sich zahlreiche Strumen ergaben, fast alle frisch entstanden, darunter etwa 10, wie Lücke sagt, „noch" pulsirende. Lücke betrachtet die Struma pulsans als die acuteste Form der Kropfentwicklung, die sich bei dem acuten Beginn einer Kropfendemie in besonderer Anzahl vorfinde.

Die Erscheinungen weichen leicht einer geeigneten Therapie und können sich wahrscheinlich zuweilen von selbst verlieren. Manchmal protrahiren sie sich, die Pulsation hört allmälig auf und es entsteht eine Struma gewöhnlicher Art. Die Struma pulsans stelle eben gewissermassen die acuteste Form der Hyperämien dar, durch die der chronische Kropf gewöhnlich eingeleitet werde. Lücke hält die Pulsation für eine Capillarpulsation und glaubt, dass das jugendliche Alter den geeignetsten Boden für derartige Ausdehnungen des Gefässsystems darbiete. Dass man bei früheren Epidemien diese Beobachtungen nicht gemacht habe, rühre wesentlich daher, dass die bestbeobachtete Epidemie bei Soldaten vorgekommen sei, also meist bei Leuten über 20 Jahren, während Lücke's Kranke sämmtlich unter 17 Jahr alt waren. Heymann.

563. Ueber ein grosses Fibrom des Kehlkopfs als Ursache von Epilepsie. Von Sommerbrodt. (Berl. klin. Wochensch. 1876, Nr. 39.)

Der von Sommerbrodt berichtete Fall ist nach der Auffassung Sommerbrodt's so absonderlich, dass wir ihn lediglich registriren können. — Die Facta sind folgende:

Ein Kranker, der vor 15 Jahren an Epilepsie gelitten, die nach Excision einer Narbe auf dem rechten Handrücken cessirte, bekommt ein

Digitized by Google

Fibrom am vorderen Theil des linken wahren Stimmbandes. Dasselbe wächst für seine von Weigert später festgestellte anatomische Beschaffenheit verhältnissmässig rasch. Mit den zunehmenden stenotischen Beschwerden treten wieder epileptische Anfälle auf, deren einer eine vorübergehende Lähmung des linken Armes und Beines im Gefolge hatte. Sommerbrodt excidirt das Fibrom und die epileptischen Anfälle blieben aus, soweit die Beobachtung reicht (5 Monate nach der Operation).

Sommerbrodt fasst die Epilepsie als symptomatische auf und recurrirt auf die Reizung des Vaguscentrums, die durch den in Folge der Stenose entstandenen Sauerstoffmangel und die Kohlensäureanhäufung im Blute erzeugt wird. Vom Vaguscentrum aus soll dann wieder die von Hasse angenommene „unbekannte Disposition des verlängerten Markes bei Epileptikern" angeregt worden sein. Dass der Luftmangel im Zusammenhang mit den Anfällen stand, beweist das vorzugsweise Auftreten desselben in der Nacht, da gemäss des anatomischen Sitzes der Neubildung die Verengerung der Luftwege in der Rückenlage am bedeutendsten sein musste.

Laryngoskopisch interessant ist wesentlich das verhältnissmässig rasche Wachsthum des „derben Fibroms" und die Art der Operation. Während es gemäss der erheblichen Höhe des Tumors (0,9 Ctm.) auch bei wiederholten Versuchen Sommerbrodt's nicht gelang, die modificirte Bruns'sche Schlinge über den Tumor fortzuschieben, konnte er mittelst des ungedeckten herniotomähnlichen Messers mit ziemlicher Leichtigkeit fast nur mit einem Schnitte den ganzen Tumor abtragen, so dass nur noch ein kleiner Gewebsrest nahe der vorderen Commissur mit der Quetschpincette fortgenommen werden musste. Heymann.

564. Fall von Kehlkopflähmung in Folge von Trichinose. Von Navratil. (Berl. klin. Wochenschrift. 1876. Nr. 21.)

Bei einer 44jährigen Patientin fand Navratil eine vollständige linksseitige Stimmband- und Epiglottislähmung, verbunden mit einer leichten Parese rechterseits, ohne dass er eines der gewöhnlichen ursächlichen Momente hätte auffinden können. Nachdem die Patientin intercurrent gestorben und auch die Section keinen Anhalt für die Aetiologie der Lähmung gegeben hatte, fanden sich bei der mikroskopischen Untersuchung der Larynxmusculatur zahlreiche verkalkte Trichinen, links in grösserer Menge als rechts. Die Zeit der Infection wäre allerdings etwa 18 Jahre zurückliegend.

Navratil glaubt, dass in diesem Falle chronische Trichinose die Ursache der Lähmung gewesen sei, und hält den Umstand, dass die linke Seite, speciell der musculus crico-arytenoideus, der während des Lebens vollständig paralytisch war, bei der Untersuchung am meisten Trichinenkapseln enthielt, für beweiskräftig. Heymann.

Digitized by Google

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

565. K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung am 22. Juni 1877. Dr. Hans Hebra: „Ueber das Wasserbett." Anknüpfend an die im Jahre 1862 von Prof. Hebra verfasste Schrift über denselben Gegenstand, macht H. Mittheilung über 500 seit der ersten Anwendung dieses therapeutischen Verfahrens dieser Behandlung unterzogene Fälle und berichtet über dieselben, indem er sie nach den differenten Krankheiten sondert. Das Wasserbett wurde angewendet bei Verbrennungen. Dabei zeigte sich, dass die Wundheilung eine raschere und günstigere, die Schmerzhaftigkeit eine viel geringere sei, als bei den sonst üblichen Behandlungs-Methoden, und auch die nachträglich eintretenden Narben hatten ein schöneres Aussehen. Aehnliches leistet das continuirliche Wasserbett beim Pemphigus foliaceus. Dabei wird bekanntlich die ganze Epidermis entfernt, und es findet dann ein Ankleben der Kleidungs- und Verbandstücke an die nässende Haut statt. Dieses Ankleben wird im Wasserbette vermieden, und ebenso die damit verbundenen Schmerzen, so dass Kranke, welche mit dieser Krankheit behaftet sind, und einmal in das Wasserbett gebracht wurden, sich in dasselbe wieder zurücksehnen. Besonders hebt H. zwei derartige Krankheitsfälle hervor, wo eine sehr lange Dauer des Aufenthaltes im continuirlichen Bade stattfand, in dem einen von 100, in dem andern von über 300 Tagen und Nächten. Auch bei Pemphigus vulgaris hat sich der Aufenthalt im continuirlichen Bade als zweckmässig erwiesen. Bei Variolakranken wurde das Wasserbett erfolgreich zu der Zeit der Erkrankung angewendet, wenn es bereits zur Eiteransammlung unter der Epidermis gekommen war, weil dann im continuirlichen Bade die Epidermisdecke abgestossen und der Eiter vom Wasser stets abgespült wurde, so dass Metastasen seltener auftraten. Viel günstiger jedoch wirkt das continuirliche Bad in den Fällen ein, wo es zur Entwicklung von grossen Wunden gekommen ist, welche keinen Heiltrieb zeigen. Dahin gehören Geschwüre aus syphilitischer Krase u. zw. sowohl sog. primäre als secundäre. Von der ersteren Art wurden 2 Fälle im continuirlichen Bade behandelt. In beiden handelte es sich um phagedänische Geschwüre, welche durch keinerlei Behandlungsmethode zur Begrenzung gebracht werden konnten und den Kranken enorme Schmerzen verursachten. Nach 8 Tagen war im continuirlichen Bade bei vollständiger Schmerzlosigkeit Begrenzung, und nach kurzer Zeit Uebernarbung eingetreten. In gleicher Weise wurden phagedänische Bubonen im continuirlichen Wasserbette behandelt und Erfolge erzielt, welcher sich keine andere Behandlungsmethode rühmen kann; oft genug wurde augenscheinlich das Leben solcher Kranken gerettet. Auch bei Geschwürsformen welche secundärer Syphilis ihre Entstehung verdanken, wurde das Wasserbett angewendet. H. erwähnt hier ausführlich einen Fall, bei welchem es zur Entwicklung eines ausgebreiteten serpiginösen Geschwüres in der Achselgegend gekommen war, das jeder antisyphilitischen und localen Behandlung trotzte und schliesslich im continuirlichen Wasserbette zur vollständigen Vernarbung gebracht wurde. Aber auch bei anderweitigen Geschwürsformen wurde das Wasserbett angewendet, H. erwähnt desbezüglich mehrere Fälle ausführlich, welche von den Abtheilungen Prof. Dittel's und Prim. Standhartner's stammten, und wo es sich um ausgebreitete gangränescirende Wunden handelte, die vollständig zur Heilung gelangten.

566. Berliner medicinische Gesellschaft. Sitzung v. 7. Febr. 1877.

1. Herr Goltdammer legt ein Präparat von einer Invagination, die den obersten Theil des Jejunum und das horizontale Stück des Duodenum betrifft, vor. Es stammt von einer 35jährigen Frau, die nach eintägigem Aufenthalt in Bethanien starb. Anamnestische Angaben fehlten gänzlich. Sie sah äusserst verfallen aus, klagte über enorme, anfallsweise auftretende Leibschmerzen, über fortwährendes Erbrechen und hatte dabei einen flachen eingezogenen Leib. Links

Digitized by Google

unterhalb des Nabels fühlte man eine fünf Finger lange und drei Finger breite Geschwulst, die, etwas resistent, schmerzhaft bei Druck und lufthaltig war. Es wurden warme Umschläge und Morphiuminjectionen verordnet. In der darauffolgenden Nacht starb die Patientin. Die Obduction ergab als nächste Todesursache Aspiration von Mageninhalt in die Luftwege. Der Magen und das Duodenum waren enorm ausgedehnt durch gallig gefärbte Flüssigkeit. An der Uebergangsstelle des mittleren in das untere Drittheil des Duodenum fand sich dasselbe eingestülpt in eine Darmschlinge, die 0,3 Meter lang, im Halbkreise gekrümmt und auf das drei- bis vierfache des normalen Volumens ausgedehnt war. Die ausgezogene Schlinge hatte demnach eine Gesammtlänge von einem Meter. Sie war hart anzufühlen, von dunkelrother Farbe, bedeckt mit Fibrinschwarten. Unterhalb der eingestülpten Stelle verjüngte sich der Darm wieder und war von da ab bis zum Rectum collabirt und ohne Inhalt; die übrigen Darmschlingen durch fibrinöse frische Verklebungen verbunden. Eine Verklebung an der Einstülpungsstelle hatte noch nicht stattgefunden. Beim Aufschneiden der die Scheide bildenden Schlinge kam die schwarzroth gefärbte Schleimhaut des eingestülpten, sehr stark angeschwollenen Darmstückes zu Tage. Zwischen den beiden einander zugekehrten Serosaflächen desselben fand sich eine grosse Menge blutigen Serums. Der Eingang vom Duodenum in das invaginirte Stück liess nur die Spitze eines Katheters passiren. Die ganze eingestülpte Schlinge war an der concaven Seite in scharfe Falten gelegt, veranlasst durch den Zug des stark gezerrten Mesenteriums. — Der Fall bietet folgendes bemerkenswerthe: Zunächst ist der Sitz hoch oben im Jejunum mit Betheiligung des Duodenum seltener. Die Diagnose war nicht gestellt worden, da die Angaben über die Dauer und Entstehung auf ein altes Leiden deuteten, und die Kranke nur einmal gesehen werden konnte. Die Einziehung des Leibes erklärt sich aus dem ganz hohen Sitz der Occlusion. Ob blutige Diarrhöen vorhanden gewesen, bleibt unbekannt. Der tödtliche Ausgang wurde dadurch herbeigeführt, dass während des Erbrechens grosser Flüssigkeitsmengen während des Schlafes ein Theil in die Luftwege aspirirt und wegen der grossen Schwäche der Kranken und der durch das Morphium verminderten Sensibilität nicht durch energische Reflexbewegungen ausgeworfen werden konnte. Nachträglich wurde in Erfahrung gebracht, dass die Kranke nach mehrmonatlichen Verdauungsbeschwerden unbestimmter Art vier Tage vor der Aufnahme plötzlich an heftigen Schmerzen im Leibe von neuem erkrankte. Im Anschluss an diesen Fall zeigt der Vortragende ein ausgestossenes Intussusceptum vor. Es stammt von einem 34jährigen Manne, der im Jahre 1872 in Bethanien behandelt wurde. Die Invagination konnte diagnosticirt werden. Am achtzehnten Tage wurde unter Schmerzen ein ca. 20 Cm. langes Stück Dünndarm (Jejunum) entleert, wonach die bis dahin bestandenen Erscheinungen der Darmverengerung schnell schwanden. Der Kranke genas und ist später dauernd gesund geblieben. Ein so glücklicher Ausgang gehört zu den Seltenheiten. Selbst wenn die Kranken bis zur Ausstossung des Intussusceptums lebten, so drohen noch zwei Gefahren, Perforation an der Verklebungsstelle und Bildung einer Strictur. Den ersten Ausgang sah der Vortragende bei einer 15jährigen jungen Dame, bei der eine Invagination im Colon descendens bestand. Am 21. Tage wurde ein zwei Zoll langer Fetzen der Darmwand ausgestossen, aber am folgenden Tage erlag die Kranke. Die Section ergab einen Einriss zwischen den zusammengeheilten Enden des Colon. Die Invagination betraf ein 10 Cm. langes Darmstück. Zur Illustration des andern Ausgangs zeigt der Vortragende das Präparat einer Invagination des untersten Ileum vor, die sich bei einem unter den Erscheinungen der Perforationsperitonitis in Bethanien aufgenommenen 13jährigen Knaben vorfand. Es war hier die eine Hälfte des Intussusceptums abgestossen, während die andere mit fest verwachsenen Serosaflächen einen taubeneigrossen polypenartigen Tumor bildete, der eine so hochgradige Stenose abgegeben hatte,

Digitized by Google

dass das Ileum oberhalb desselben colossal erweitert und an einer Stelle durch ein diphtheritisches Schleimhautgeschwür perforirt wurde.

Herr Dr. Bäblich hat eine schriftliche Mittheilung eingesandt: Ueber das Spectrum gesunden und kranken Blutes. Dieselbe hat folgenden Inhalt: Ueber die Absorption des Lichtes in gesundem und vergiftetem Blute gibt der Unterzeichnete sich die Ehre folgendes mitzutheilen: Das Spectrum des gesunden und arteriellen Blutes ist scharf charakterisirt durch zwei getrennte Absorptionsbänder in Gelb und Anfang des Grün, welche zwischen den Frauenhofer'schen Linien D und E gelegen sind; ausserdem ist das Blau und Violet ganz ausgelöscht, wogegen das Roth feuriger erscheint Das Spectrum des durch Kohlenoxydgas vergifteten Blutes unterscheidet sich von dem des gesunden Blutes nur durch eine ganz geringe Verschiebung der beiden zwischen D und E gelegenen Blutbänder nach dem rothen Ende des Spectrum hin, ein Unterschied, der nur durch feine Instrumente erkannt werden kann. Man ist indessen im Stande, den Unterschied mehr in die Augen springend zu machen. Reducirt man gesundes Blut mit Schwefelammonium, so verändert sich das Spectrum wesentlich, wir haben alsdann statt der zwei Absorptionsbänder nur eines, welches fast genau in der Mitte liegt; behandle ich aber kohlenoxydgasvergiftetes Blut mit Schwefelammonium, so findet absolut keine Veränderung des Spectrums statt. Es musste von Interesse sein, der Frage, welchen Erfolg man sich von neuerdings vielfach bei Kohlenoxydgasvergiftung angewandtem Athmen reinen Sauerstoffs versprechen darf, auch spectroskopisch näher zu treten Das Resultat meiner Spectral-Untersuchung war, dass kohlenoxydgasvergiftetes Blut, welchem nachträglich Sauerstoff zugeführt worden ist, nach Reduction mit Schwefelammonium das Spectrum des gesunden Blutes zeigt.

Discussion über den Vortrag des Herrn Leyden: Ueber Lungenabscess. (Siehe „Rundschau" 1877, Nr. 296.)

Herr Senator: Ich möchte mir erlauben, besonders auf die Schwierigkeit der Abgrenzung und der Diagnose des Lungenabscesses hinzuweisen, weil es durch diese begreiflich wird, dass noch immer, wie auch Herr Leyden bemerkt hat, viele und namentlich die englischen Kliniker den Lungenabscess gar nicht erwähnen. Streng genommen müsste jede aus einer eitrigen Einschmelzung des Lungengewebes hervorgegangene Höhle als Lungenabscess bezeichnet werden, also auch ein Theil von Cavernen der Phthisiker, die auf diese Weise entstehen. Von diesen sieht man aber seit Laënnec beim Lungenabscess im engeren Sinne ganz ab, ebenso sind für den Kliniker ohne Bedeutung die embolischen Abscesse, weil diese in dem übrigen Symptomencomplex verschwinden. Was die Diagnose betrifft, so liegt gegenwärtig die Sache so, dass man nur dann einen Lungenabscess diagnosticirt, wenn in einem geruchlosen mehr oder weniger eiterigen Sputum Parenchymfetzen mit reichlichen elastischen Fasern auftreten Die Parenchymfetzen gehören aber in der Lunge so wenig wie an anderen Stellen nothwendig zur Abscessbildung, sie bilden vielmehr schon den Uebergang zur Necrose; denn ihr Auftreten rührt davon her, dass Stücke des Gewebes zu schnell aus ihrem Zusammenhang gelöst werden, bevor ihre eitrige Schmelzung stattfinden konnte, und dass sie daher noch ihre histologische Structur bewahrt haben. Sie können deshalb ganz fehlen, wie ich selbst dies bei einem faustgrossen Lungenabscess, zu welchem sich allgemeines Hautemphysem gesellte, beobachtet habe, oder sie können wenigstens zeitweise verschwinden, wie dies z. B. auch einige Mal in den von Traube mitgetheilten Fällen vorkam. Wenn man also nur auf die Anwesenheit makroskopischer Lungenfetzen Gewicht legt, so wird gewiss ein Lungenabscess noch seltener diagnosticirt werden, als es schon jetzt geschieht. Ich glaube aber, dass, wie auch Laënnec und Skoda schon angegeben haben, man unter Umständen auch ohne Parenchymfetzen die Diagnose stellen kann, z. B. in solchen

Digitized by Google

Fällen, wo man unter seinen Augen bei einer gewöhnlichen fibrinösen Pneumonie eines Unterlappens sich Symptome entwickeln sieht, welche auf die Bildung grösserer Hohlräume daselbst schliessen lassen und in dem mehr oder weniger eitrigen Auswurf bei der mikroskopischen Untersuchung elastische Fasern gefunden werden. und wenn dabei jeder Verdacht einer phthisischen Affection ausgeschlossen ist. Was den Geruch der Sputa betrifft, so hat schon Traube angegeben, dass in Folge von Zersetung des stagnirenden Eiters auch bei Lungenabscess übelriechende Sputa vorkommen können. In solchen Fällen, d. h. wo die Sputa übelriechend sind, wird trotz Parenchymfetzen mit elastischen Fasern die Diagnose unsicher und wird gewöhnlich Gangrän angenommen. Ich möchte nun auf ein Moment hinweisen, welches zwar nicht von entscheidender diagnostischer Bedeutung ist, aber doch wohl mit verwerthet werden kann. Es ist dies der eigenthümliche, von anderen üblen Gerüchen wohl zu unterscheidende Fötor der wirklichen Lungengangrän, den man als specifischen Brandgeruch immer leicht wiedererkennt. Ich habe ihn namentlich oft bei Kindern, wo Lungenbrand (und wie es nach den Angaben verschiedener Schriftsteller scheint, auch Lungenabscess) häufiger als bei Erwachsenen vorkommt, immer ganz charakteristisch gefunden. Herr College Henoch hat vielleicht die Güte, uns seine Erfahrungen darüber mitzutheilen. Wird dagegen Eiter übelriechend, ohne dass eine Gewebsnecrose dabei ist, so hat er entweder einen ganz deutlichen Geruch nach Schwefelwasserstoff, wenn er nämlich gefault ist, oder einen widerlich süsslichen, schwer zu characterisirenden Geruch, wenn er in die sogenannte saure Gährung übergegangen ist. So unterscheidet sich z. B. der bei einem durchgebrochenen Empyem ausgeworfene stinkende Eiter ganz entschieden durch den Geruch von dem Auswurf bei Lungenbrand. Wie es sich mit dem stagnirenden Eiter bei Lungenabscess verhält, darüber habe ich keine Erfahrung, und ich möchte nur die Aufmerksamkeit darauf lenken, natürlich mit aller Reserve, da ich wohl weiss, dass der Geruchsinn leicht täuscht und nicht bei allen gleich ausgebildet wird. — Uebrigens hat bei wirklicher Lungengangrän das Sputum im ganzen ein missfarbiges jauchiges Aussehen, während bei Lungenabscess auch der übelriechende Eiter, wie es wenigstens nach den Beobachtungen von Traube scheint, immer noch ein besseres Aussehen bewahrt. Man dürfte sich also blos durch den üblen Geruch der Sputa nicht zur Annahme einer Gangrän (oder einer putriden Bronchitis) verleiten lassen.

Herr Henoch: Herr Senator hat mich aufgefordert, meine Erfahrungen über Lungenabscesse im Kindesalter mitzutheilen. Ich habe dieselben nicht so häufig gesehen, wie man nach den Mittheilungen französischer Autoren erwarten sollte; denn sowohl Berton wie auch Rilliet und Barthez betonen übereinstimmend die Häufigkeit dieser Abscesse. Es handelt sich hier offenbar um Verwechslungen. Man muss nämlich den eigentlichen Lungenabscess, wie ihn Herr Leyden auffasst, unterscheiden zunächst von den Eiteransammlungen, welche sich in Folge von Bronchopneumonie entwickeln, wobei die Scheidewände zerstört werden und die Alveolen in einander fliessen, aber die ganze Höhle von Anfang an in Communication mit der äusseren Luft steht. Solche Abscesse kommen allerdings bei Kindern nicht ganz selten, aber doch auch nicht in grösserer Häufigkeit vor. In der Kinderabtheilung der Charité ist Bronchopneumonie als Begleiterscheinung irgend einer anderen Krankheit ein so häufiger Sectionsbefund, dass derselbe in 10 Leichen etwa 6mal vorkommen dürfte. Dennoch habe ich nur 2 Lungenabscesse darnach gesehen, einmal bei einem 5monatlichen Kinde, welches in einer c. 14tägigen Beobachtungszeit nur 2 Tage lang fieberfrei und bei der Section in den unteren Lappen beider Lungen mit Eiter erfüllte Höhlen zeigte, und ein zweites Mal bei einem an Bronchopneumonie nach Diphtherie gestorbenen Kinde. Dies sind die beiden einzigen derartigen Fälle, welche ich in meiner langen Praxis beobachtet habe. — Es haben aber bei den französischen

Digitized by Google

Autoren offenbar Verwechslungen stattgefunden mit erweiterten, von Eiter erfüllten Bronchen. Macht man grosse Schnitte durch die Lunge, so kann man ohne genauere Untersuchung sehr leicht den Querschnitt eines solchen mit Eiter erfüllten Bronchus für einen Abscess nehmen und das ist offenbar mehrfach geschehen. Indessen gibt es eine Reihe unzweifelhafter Lungenabscesse, welche von verschiedenen Autoren beschrieben sind. So sahen Steffen in Stettin und Berg je einen Fall nach Masern, Rilliet und Barthez einen Fall mit Durchbruch nach der Pleura und Pneumothorax, einen zweiten mit Durchbruch nach der Bauchhöhle. Auch die croupöse Pneumonie führt in seltenen Fällen bei Kindern zur Entwicklung eines Lungenabscesses. Ich selber habe nur einen derartigen Fall bei einem 7jährigen Kinde gesehen, bei welchem zwar am 7. Tage eine regelrechte Krisis mit Fieberabfall eintrat, um aber bald darauf wieder hohem Fieber mit hectischem Charakter Platz zu machen. Nach 4 Wochen, als das Kind bereits nahezu aufgegeben war, trat unter heftigem Husten plötzlich die Entleerung einer enormen Eitermenge auf und damit eine schnelle Besserung. Den Eiter habe ich leider nicht untersuchen können. Höhlenerscheinungen habe ich nicht beobachtet, wohl aber andauerndes Bronchialathmen. Das Kind ist völlig genesen. Endlich möchte ich noch darauf aufmerksam machen, dass bei phthisischen Kindern auch käsige Partien abscediren können, oder dass sie durch Eiterung völlig sequestrirt werden. In zwei Fällen sah ich Höhlen von der Grösse eines Hühnereies, in deren einer ein von Eiter umspülter Käseklumpen lag. — Dies sind aber die einzigen Fälle, welche ich beobachtet habe und ich muss demnach das Leiden als ein wenigstens im Kindesalter sehr seltenes bezeichnen.

Herr Leyden: Die Mittheilungen des Herrn Henoch sind mir von grossem Interesse gewesen, da ich nie einen Lungenabscess bei Kindern gesehen habe, wohl aber mehrfach Fälle von Gangrän. Vielleicht ist auch ein grosser Theil der französischen Beobachtungen auf Gangrän zurückzuführen. Der von Trousseau erwähnte zerstreute Abscess der Kinder soll im Gefolge von Bronchopneumonie auftreten; vielleicht können aber auch einmal perforirende Abscesse der Lymphdrüsen die Ursache sein. Mit dem Standpunkte des Herrn Senator bin ich im Allgemeinen einverstanden, nur möchte ich den Begriff des Abscesses schärfer fassen und ihn auf diejenigen Fälle beschränken, wo es sich um die Einschmelzung des Lungenparenchyms durch einfache Eiterung handelt. Geschieht das nicht, so verwirren sich unsere Begriffe, dann ist jede Lungeneiterung ein Lungenabscess. Ob der Eiter gutartig oder putride ist, hat zwar für die Prognose eine grosse Bedeutung, da die Fälle mit zerfetztem Eiter alle ungünstig verlaufen, nicht aber für die Diagnose. Auch wenn die physikalischen Symptome vorhanden sind, so werde ich erst dann mit Sicherheit einen Lungenabscess diagnosticiren können, wenn das Mikroskop Bestandtheile des Lungengewebes im Eiter nachweist.

Herr Senator: Ich möchte mich gegen die Auffassung verwahren, als ob ich in klinischer Beziehung anderer Meinung sei wie Herr Leyden. Das vorhin Gesagte sollte nur den auffallenden Umstand erklären, dass viele Kliniker sich nicht entschliessen können, die Lungenabscesse anzuerkennen. — Was den Geruch anbetrifft, so ist zu unterscheiden, ob das necrotische Gewebe selbst putrescirt, oder ob der Eiter, der in der Höhle vorhanden ist, stagnirt und deswegen sich zersetzt; aus diesem Grunde erlaubte ich mir die Andeutung, dass vielleicht die Verschiedenheit des Geruches einen Unterschied abgeben könne. Traube hat in einem Falle darauf hingewiesen, dass gerade als die Heilung begann, der Eiter übelriechend wurde. Hier war das Lungengewebe selbst an der Putrescenz nicht betheiligt; in anderen Fällen kann die Zersetznng von dem putriden Eiter auf das Gewebe übergreifen und Gangrän entstehen.

Herr von Langenbeck: Von vornherein sollte man erwarten, dass man am häufigsten im Kriege Gelegenheit hat, Lungenabscesse entstehen zu sehen.

Digitized by Google

Dennoch habe ich nur einen Fall der Art beobachtet, welcher aber das Bild eines völlig abgeschlossenen Lungenabscesses darbot. — Es handelte sich um einen Officier, dem eine Kugel durch die l. Epaulette und die l. Schulter in die Lunge eingedrungen war. Nach einer starken Hämoptoë befand sich Pat. einige Tage lang leidlich wohl, dann entwickelte sich eine Pneumonie, welche sich aber bald begrenzte, und im Anschluss daran hektisches Fieber, welches 14 Tage lang ununterbrochen anhielt. Eines Morgens sprang er plötzlich aus dem Bett, fiel um und war todt. Es hatte, wie die Section ergab, ein Bluterguss in die Bronchen stattgefunden, an welchem er erstickte. In der r. Lunge fand sich eine Höhle mit pyogener Membran ausgekleidet, in der Grösse einer Lambertsnuss und mit reinem Eiter erfüllt. Das Lungengewebe der Umgebung war nur wenig verdichtet, aber in der Abscesshöhle lag ein Convolut von Tressen, welches die Kugel mitgerissen hatte. Die Kugel steckte im r. Musc. psoas. — Solche Fälle mögen nicht selten vorkommen, aber die Verhältnisse des Schlachtfeldes bedingen, dass sie nur selten genau beobachtet werden.

Herr Ewald: Ich möchte Herrn Leyden bitten, uns über die durchschnittliche Grösse der Abscesse aufzuklären. Solche Abscesse nämlich, welche nicht putride wurden, habe ich immer nur sehr klein gesehen, so dass es kaum möglich war, sie genau intra vitam zu erkennen. Deshalb glaube ich, dass besonders umfangreiche Abscesse leichter zu Gangrän neigen, als kleinere, weil hier der Zutritt der Luft und damit schädlicher Substanzen leichter ist, und habe in Fällen von Pneumonie, welche einen Verdacht auf beginnende Abscessbildung erweckten, Terpenthin einathmen lassen. Seitdem habe ich keinen weiteren Fall auf dem Sectionstisch gehabt.

Herr Leyden: Was die Grösse anbetrifft, so unterscheiden wir Abscesse, die man anatomisch findet, und intra vitam disgnosticirte Abscesse. Die kleinen Abscesse bis zur Grösse einer Wallnuss machen keine Erscheinungen. Die Abscesse welche zur Diagnose gelangen, sind immer grösser. In den von mir erwähnten Fällen war immer amphorisches Athmen vorhanden; doch sind die Höhlenerscheinungen nicht überall so deutlich. In Fällen mit so umfangreicher Einschmelzung, dass reichlicher Eiter und Fetzen im Auswurf erscheinen, handelt es sich immer um Höhlen, welche etwa die Grösse eines Apfels haben.

Herr Henoch: Klinische Mittheilungen. Ueber Syphilis der Hoden bei kleinen Kindern.

Es ist auffallend, dass neben den wesentlichen Fortschritten unserer Kenntnisse der Syphilis innerer Organe auch bei Kindern der syphilitischen Erkrankung des der Palpation zugänglichen Hodens bei solchen bisher so wenig Beachtung geschenkt worden sei. Mit wenigen Worten nur gedenke Henig der Hodensyphilis bei Kindern, einen Fall erwähnte Taylor, drei andere Desprès. Vortr. hat 7 Fälle beobachtet. 1. $2^1/_2$ monatl. Knabe beide Hoden befallen. 2. Knabe von 3 Monaten, linker Hoden. 3. Knabe von 9 Monaten, beide Hoden. 4. Knabe von 3 Monaten, linker Hoden. 5. Knabe von 5 Monaten, beide Hoden. 6. Knabe von 15 Monaten, linker Hoden. Diese 6 Fälle waren poliklinisch, wurden nur vorübergehend beobachtet. Die vorhandene Lues war durch anderweitige Symptome hinlänglich bewiesen. Der 7. Fall kam auf die Klinik und gelangte zur Section. Ein $2^1/_2$ Jahre alter Knabe mit Condylom. lata, Psoriasis und Vergrösserung beider Hoden wurde einer Schmierkur unterworfen. Nach 30 Inunctionen von 1,0 Unguent. ciner. waren alle Erscheinungen mit Ausnahme der Hodenschwellung verschwunden. Der Knabe starb an Brechdurchfall nach Masern. Die Section ergab eine hochgradige interstitielle Bindegewebshypertrophie der Hoden. In dem dritten Desprès'schen Fall sei dieser Befund ebenfalls beobachtet und erkläre derselbe das Ausbleiben der Heilung. Es handle sich um eine interstitielle Orchitis und Epididymidis. Eine Verwechslung sei nur mit Tuberculose möglich. Abge-

Digitized by Google

sehen aber davon, dass die Tuberculose mehr den Nebenhoden zu befallen pflege, könnten die Erscheinungen in anderen Organen zur Sicherung der Diagnose benutzt werden.

567. Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin.

Sitzung vom 27. Februar 1877. Herr Benicke: Ueber Behandlung des Gebärmutterkrebses in der Schwangerschaft.

Obwohl die Complication der Schwangerschaft mit Gebärmutterkrebs grosse augenblickliche Gefahr für Mutter und Kind mit sich bringt, sind bis jetzt wenig zahlreiche Versuche bekannt, durch operative Eingriffe während der Schwangerschaft diese Gefahr zu beseitigen resp. hinauszuschieben. Cohnstein hat im ganzen nur 6 Fälle aus der Literatur zusammengestellt, und unter diesen wurde auch nur einmal (von Todd) längere Zeit vor dem Ende der Schwangerschaft operirt. Ausserdem sind noch 2 Fälle, von Schröder und Godson, bekannt. Der Vortragende kann diesen 3 Fällen 5 neue, hier operirte, anschliessen, und gibt die ausführliche Geschichte derselben. Die Degeneration beschränkte sich alle Male auf die Portio vaginalis resp. den Cervix, und es gelang immer, alles kranke Gewebe zu entfernen. Wie in den erwähnten 3 Fällen machten auch in diesen 5 die Frauen leichte Entbindungen und normale Wochenbetten durch. Drei Mal wurde allerdings die Schwangerschaft frühzeitig unterbrochen, doch ist dabei zu berücksichtigen, dass einmal heftiges Fieber nach der Operation, ein anderes Mal eine Erkrankung der Decidua als nächste Veranlassung anzusehen waren. Die Frage, ob während der Schwangerschaft eine Operation überhaupt indicirt sei, glaubt der Vortragende demnach, angesichts der Erfahrung, dass das Carcinom in der Schwangerschaft schnell wachse, dass es oft ein absolutes Geburtshinderniss abgebe, dass es zu Ruptur oder zu baldigem Tode nach spontaner Entbindung führe, bejahen zu müssen, und formulirt die Indication dahin, dass, wenn alles krankhafte entfernt werden könne, so früh als möglich operirt werden solle, dass dagegen, wenn das Carcinom zu weit vorgedrungen sei, gewartet werden müsse, bis das Kind lebensfähig sei, vorausgesetzt, dass nicht lebensgefährliche Blutungen ein früheres Einschreiten verlangten. Kurz vor der Entbindung sei die Operation erschwert durch die Auflockerung der Gewebe.

Herr Körte stellt die Frage, ob über die weitere Entwicklung der von carcinomatösen Müttern gebornen Kinder etwas bekannt sei.

Herr Solger erwähnt daraufhin eines Falles, in welchem unter der Geburt eine Krebsgeschwulst der hinteren Lippe entfernt werden musste; das Kind sei jetzt 7 Jahre alt und gesund.

Herr Martin kennt ebenfalls ein durch den Kaiserschnitt bei Uteruscarcinom entwickeltes Kind, welches nach 1 Jahr gesund war. Er ist mit dem Vortragenden der Ansicht, dass während der Schwangerschaft ohne Rücksicht auf das Fortbestehen derselben operirt werden solle, weil das Leben der Mutter dadurch voraussichtlich verlängert werde. Wenn die Degeneration hoch hinauf gehe, so komme der Kaiserschnitt in Betracht. Im Jahre 1875 sei diese Operation in der hiesigen Klinik mit gutem Erfolg ausgeführt. Die Mutter habe sich zunächst erholt. Nach dem später erfolgten Tode habe sich die Kaiserschnittwunde als gut geheilt erwiesen.

Herr P. Ruge hält die angeregte Frage nach der Vererbung der Dyskrasie für sehr wichtig, möchte sie aber ausdehnen auf die Erblichkeit des Carcinoms im allgemeinen.

Herr v. Hoffmann spricht unter Vorlegung der betreffenden Präparate und Zeichnungen über die weiblichen Genitalien eines Schimpanse.

Digitized by Google

Sitzung vom 13. März 1877. Herr Solger: Ueber Cervicalblutung post partum. Der Herr Vortragende theilt 2 Fälle von Blutung nach der Geburt mit, von denen der erste wahrscheinlich, der zweite sicher eine Cervicalblutung war. Im ersten handelte es sich um eine jetzt gesunde VIII par., die am 6. Tage des Wochenbettes eine nicht unerhebliche Blutung bekam, welche der Anwendung der gebräuchlichen Mittel widerstand und sich eine Reihe von Tagen hindurch erneuerte, so oft der Tampon entfernt wurde. Der zweite Fall betraf eine 42jährige Frau, bei der am 11. Tage post partum eine sehr starke Blutung auftrat, die ebenfalls hartnäckig in günstigster Weise durch Druck des Depressors an einer gewissen Stelle des Cervix beeinflusst wurde. Druck an einer höher gelegenen Partie liess die Blutung wieder auftreten. — Herr Solger begründet ausführlicher seine Diagnose und bespricht dann die Therapie. Es seien auch hier die Grundsätze der Chirurgie möglichst zur Geltung zu bringen; Unterbindung und Umstechung dürften in einzelnen dieser Fälle nicht unmöglich sein, für gewöhnlich möchte sich aber Druck an der richtigen Stelle am meisten empfehlen. — In der Discussion möchten die Herren Becher und Louis Mayer den cervicalen Sitz der Blutung wegen Anwesenheit von Coagulis im Uterus bezweifeln. Beide theilen dann je einen Fall von Cervicalblutung aus ihrer Praxis mit. (26jährige Zweitgebärende bzw. 30jährige Erstgebärende), in welchen Eisstückchen die Blutung zum Stehen brachten.

Herr von Hoffmann weist vom anatomischen Standpunkte auf die Wichtigkeit der nicht immer in gleicher Stärke und Anordnung vorhandenen Anastomose der Art. uterinae hin. Dieselbe komme für die vorliegende Frage entschieden in Betracht.

Herr Schröder hebt den wesentlichen Unterschied in den Verhältnissen des Cervix gleich post partum und später hervor. Hier sei die Diagnose leichter und auch wohl ein directer therapeutischer Angriff der blutenden Stelle möglich, während es im ersteren Falle zum mindesten sehr schwierig sei, in der weiten Höhle, die sich dem Untersucher bald nach der Geburt darbiete, eine blutende Stelle an den schlaffen Cervicalpartien zu finden. Ausserdem werde die Sachlage ja auch noch durch das von der Placentarstelle abfliessende Blut complicirt.

Herr Solger kann, obgleich er ja selbst in seinem Vortrage den cervicalen Charakter der Blutung im ersten Falle als zweifelhaft bezeichnet habe, den von den Herren Becher und Louis Mayer angeführten Umstand als Gegenbeweis nicht gelten lassen. Wenn die Theile schlaff, der innere Muttermund noch offen sei, könne auch sehr wohl aus dem Cervix Blut in die Uterushöhle gelangen, zumal wenn ein Druck auf die unteren Theile zum Zwecke der Blutstillung ausgeübt werde.

Herr Veit: Ueber die Bedeutung der sogenannten papillären Erosionen der Vaginalportion. Nach einer kritischen Besprechung der einschlägigen Arbeiten, besonders der Publicationen von C. Mayer kommt der Herr Vortragende zu dem Resultate seiner Untersuchungen, die er gemeinschaftlich mit Herrn C. Ruge über den in Rede stehenden Gegenstand an amputirten frischen Vaginalportionen angestellt hat. Dasselbe ist von den herkömmlichen Anschauungen wesentlich different, indem es ergibt, dass in den meisten Fällen diesen Affectionen Drüsenwucherungen zu Grunde liegen, zuweilen nebenbei auch erst mit Vergrösserung der Pupillen. Nur in einzelnen Formen spielen letztere die ihnen von den Autoren hier zugewiesene hervorragende Rolle. Ob das Drüsengewebe vielleicht durch Wucherung aus dem Cervicalcanal dorthin gelangt oder sich selbstständig im Bindegewebe entwickelt hat, bleibt unentschieden. An eine gewisse Malignität liessen diese Befunde unzweifelhaft denken. In einzelnen Fällen wurden diese Wucherungen von Drüsengewebe auch in Verbindung mit Carcinom angetroffen. — Amputation sei wohl das beste Mittel, eine etwaige Aetzung müsse jedenfalls sehr kräftig sein.

Digitized by Google

568. Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien. — Sitzung vom 4. Juli 1877. Dr. Holländer: Zur Casuistik der Hebephrenie.

Bekanntlich war Kahlbaum der Erste, der auf den Umstand hinwies, dass der von Westphal bei der progressiven Paralyse als wichtigstes Symptom aufgestellte Blödsinn auch anderen Krankheitsformen zukommt, die mit der progressiven Paralyse nichts gemeinsames haben und welche Krankheitsform er mit dem Namen Hebephrenie bezeichnet. Es ist das eine Krankheitsform, welche, ebenso wie der paralytische Blödsinn, wechselnde Zustandsformen zeigt, und mit dem in den Pubertätsjahren vor sich gehenden grossen Umschwunge der geistigen und körperlichen Entwicklung im engen Zusammenhange steht.

Sein Schüler E. Hecker benützte diese allgemeinen Andeutungen zum Entwurfe eines klinischen Bildes der Hebephrenie und bezeichnete als ein wesentlichstes Merkmal den enorm schnellen Ausgang in Blödsinn, und Anschluss an die Pubertätsjahre. Die Krankheit beginnt in den meisten Fällen nach einer Gemüthserschütterung und bietet im Anfange die Symptome der Melancholie dar; doch lässt sich gleich vom Beginne an eine gewisse Oberflächlichkeit der Empfindung nachweisen, so dass man den mit crassesten Ausdrücken und dabei lächelnder Miene geschilderten Erzählungen von Verfolgung, Leiden und Qualen das Urtheil bald abgewinnt, der Kranke meine es nicht so ernst mit seinen Klagen. Alle seine Handlungen tragen den Stempel der Albernheit, der in den meisten Fällen den Stumpfsinn verdeckt. Die oft intercurrirenden Erregungszustände sollen ihren Grund in Hallucinationen, Reizungen der Nerven durch Onanie etc. haben.

Von den an der Klinik Meynert beobachteten Fällen entsprechen in ihren wesentlichsten Erscheinungen der geschilderten Krankheitsform folgende 2 Fälle: N. N., Commis, 17 Jahre alt, hat nach Angabe seines Bruders bis zur Zeit seiner Erkrankung keine Erscheinungen von Schwachsinn dargeboten. Er war ein fleissiger Arbeiter, von stiller ernster Gemüthsart. Heredität fehlt. Im Monate Februar 1875 kam er von einem Balle gegen Morgen nach Hause, sah sein Zimmer hell erleuchtet und erschrack heftig, da er der Meinung war, es sei daselbst Feuer ausgebrochen. Den 1. April kam er zu einer ganz ungewöhnlichen Stunde nach Hause, zeigte grosse Angst, äusserte sein Gewissen sei sehr beunruhigt. Bis zur Zeit seiner Aufnahme ins Krankenhaus war er zeitweise erregt, behauptete, sein Principal wolle ihm das Herz abbeissen. Für seine Gedanken konnte er nicht immer den richtigen Ausdruck finden. Diese Zustände besserten sich zeitweilig. Den 14. April traten die Angstgefühle mit solcher Heftigkeit auf, dass seine Ueberbringung auf die psychiatrische Klinik geboten erschien. Status präsens: Körper mittelgross, gut genährt. Pupillen gleich weit, H. U. des Schädels 566 Mm. Brust- und Unterleibsorgane normal. Beim Examen erweist sich der Schwachsinn des Patienten so weit vorgeschritten, dass von ihm über seine Personalien keine weitere Auskunft zu erlangen ist. Er beginnt einen Satz, beendet diesen nicht, ergeht sich mit Vorliebe in Wiederholungen einzelner Wörter, so z. B. wird das Wort Feder von ihm so lange „herumgehetzt" (Hecker), bis sein Redefluss unterbrochen wird. Ein zusammengesetztes Wort wird von ihm getrennt, jedes Wort erst für sich allein, dann vereint wiederholt ausgesprochen. So z. B. Uhrkette: Uhr, Uhr, Uhr, Kette, Kette, Kette, Uhrkette, Uhrkette, Uhrkette. Diese Art des Sprechens, sowie lange Perioden ohne Interpunction sollen nach Hecker bei der Hebephrenie sehr oft vorkommen. Dabei zeigen sich keine Lücken, wie in der Sprache der Paralytiker. Das Betragen des Patienten trägt vorwaltend die Zeichen eines bis an Stumpfsinn grenzenden Blödsinns, unterbrochen von Erregungszuständen. Er sitzt stundenlang ohne zu sprechen, lächelt ohne Veranlassung blöde vor sich hin, starrt zum Fenster heraus, und nimmt dabei eine Miene an, als sehe er etwas sehr Angenehmes; hält mehrere

Digitized by Google

Tage hindurch die rechte Hand mit eingeschlossenem Daumen krampfhaft festgeballt, und betrachtet diese mit Wohlgefallen. Dann wieder beobachtet er den Wärter, wartet einen günstigen Moment ab, um auf diesen loszustürzen und ihm die Schlüssel zu entreissen; äussert eine kindische Freude, wenn ihm der Anschlag so weit gelingt, dass er die Schlüssel berühren kann. Die Erregungen fallen mit der schon früher sehr häufig geübten Onanie zusammen. Durch Transferirung in die nied.-österr. Landes-Irren-Anstalt wurde Patient einer weiteren Beobachtung entzogen. Der zweite Fall betrifft einen 20jährigen Arbeiter, der am 12. April 1876 vom Wiedener Krankenhause wegen oft wiederkehrender Erregungszustände auf die psychiatrische Klinik transferirt wurde. Laut Parere Dr.'s N. kam Patient wegen Kopfschmerzes und allgemeiner Mattigkeit in erwähntes Krankenhaus. Anamnestisch erfährt man, dass eine Muhme des Patienten im Irrenhause endete. Der Vater war Potator, starb an Apoplexie, die Mutter an Tuberculose. Von Geschwistern leben 2, 7 starben in frühester Jugend an dem Patienten unbekannten Krankheiten. Pat. litt von Kindheit an häufig an Kopfschmerzen und Nasenbluten; im 15. Jahre überstand er den Typhus. Die Schule besuchte der nur mittelmässig begabte Kranke bis zum 14. Jahre. Von da an lebte er als Taglöhner bis zum September 1875 in geordneten Vorhältnissen. Vor den Pubertätsjahren soll er von ruhiger, liebenswürdiger Gemüthsart gewesen sein, nach Eintritt derselben reizbar, zerstreut. Von seinem 13. Jahre war er der Onanie stark ergeben. In den letzten Monaten des Jahres 1875 stürzte die Geliebte des Patienten aus dem Fenster und blieb todt auf dem Pflaster liegen. Status präsens. Patient mittelgross, schlecht genährt. Pupillen gleich weit, am linken Schädelhöcker eine $^1/_2$ Cm. lange Hautnarbe. Spermatorrhöe. Brustorgane normal. Seine Personalien gibt der Kranke richtig an. Er erzählt, man habe im Asylhause, wo er sich nach dem Tode seiner Geliebten aufhielt, seinen Speisen Sperma beigemengt; seit dieser Zeit denke er immer nur an Sperma und Onanie. Seine Geliebte habe sich aus Scham über sein Verhalten aus dem Fenster gestürzt. Die Leute haben ihn jetzt oft zum Narren gehalten, so z. B. beim Tarockiren die Worte „Pagat, Skis" mit besonderer Betonung und Berechnung auf ihn bezogen. Im Asylhause habe ihm der Umstand, dass er Läuse hatte, sehr viel Freude bereitet und er musste oft darüber lachen, obzwar seine Genossen beim Billardspiel mit dem Worte „rother Ball" gewöhnlich seine Läuse meinten. Alle diese Angaben macht der Kranke ganz stimmungslos, selbst bei der Schilderung der Verfolgungen, denen er ausgesetzt war. Bei der Erzählung des Missgeschickes, das seine Geliebte traf, gelingt es ihm nicht durch seine Mienen glauben zu machen, dass er in sein Unglück eine vollständige Einsicht habe. Er gesteht selbst, dass er oft lachen müsse, wo er eigentlich weinen sollte. Sich selbst überlassen liegt er theilnahmslos im Bette, springt oft auf, lacht und weint, ohne für sein Gebahren einen Grund anzugeben. Anfangs Mai wurde er in die nied.-österr. Landes-Irren-Anstalt transferirt. Die vorgeführten 2 Fälle entsprechen jenem Bilde, das Hecker von der Hebephrenie entworfen hat. Sowohl im ersten als auch im zweiten Falle haben wir es mit Individuen zu thun, bei welchen bis zur Zeit der Pubertätsjahre kein psychisch abnormer Zustand nachweisbar gewesen ist, und beide verfielen in dieser Periode nach einer Gemüthsalteration sehr rasch dem Blödsinn. Den ersten Fall können wir zu jener Verlaufsweise der besprochenen Krankheit rechnen, bei welcher die hie und da hervorbrechende Albernheit, die sich hier in verschieden kürzeren Bethätigungstrieben kundgibt, durch einen hohen Grad von Stumpfsinn unterdrückt erscheint. Im 2. Falle ist das kritiklose Beurtheilen der Erlebnisse, die Oberflächlichkeit in der Empfindung höchst charakteristisch. Die Entscheidung der Frage, ob eine Berechtigung vorliegt, die Hebephrenie als selbstständige Krankheitsform aufzustellen, will ich jener Zeit anheimgestellt lassen, wo man aus einer grösseren Anzahl von aufmerksam beobachteten Fällen im Stande sein wird, das Für und Gegen auszuscheiden.

Digitized by Google

569. Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung. am 20. April 1877. Prof. S. Mayer: Ueber die Veränderungen der Circulation durch die totale Anämie des Gehirns und Rückenmarks.

Die grossen Nervencentren üben einen wichtigen Einfluss auf die Circulation, nicht etwa im Sinne der alten Aerzte und Physiologen, dass das Herz vermöge der zutretenden Nerven unmittelbar aus dem Gehirn und Rückenmark seine Impulse erhalte. Denn diese Lehre ist verlassen seit Albrecht v. Haller's Cardinalversuch von dem weiterpulsirenden ausgeschnittenen Herzen. Wohl ist aber ein Einfluss der Nervencentra nachgewiesen auf die Schlagfolge des Herzens und auf die abwechselnde Contraction und Erschlaffung der Blutgefässe, die für die Circulation vom selben Einflusse ist, wie die Contractionen des Herzens. Eine totale Lähmung der Gefässe bedingt eine colossale Erweiterung der Strombahn, eine totale Aufhebung des für das Fortbestehen des Lebens nöthigen Blutdruckes. Die Gefässe nehmen alles Blut in sich auf, führen keines zum Herzen zurück, das Thier verblutet sich in die Gefässe. Dieser vernichtende Einfluss eines gelähmten Gefässsystems ist zuerst aufgedeckt worden von Legallois in seinem berühmten Buche: Expériences sur la physiologie de la vie. Dort hat er nachgewiesen, dass die Circulation eines Thieres, dem man den grössten Theil seines Nervensystems zerstört hat, unrettbar verfällt. Nach Ausbohrung des Rückenmarks collabiren die Arterien, entleeren das Blut tropfenweise. Da ihm aber noch nicht bekannt war, dass die Gefässe mit Muskeln ausgestattet sind, so zog er aus diesem Experimente z. Th. falsche Schlüsse. Mayer stellte nun denselben Versuch an, aber ohne Ausbohrung des Rückenmarks. Seine Versuche gingen von der Idee aus, dass die nervösen Centralapparate ausserordentlich empfindlich sind gegen Störungen in der Blutzufuhr. Die vollständige Anämie der nervösen Centralapparate schien vollkommen geeignet, ihre Functionsfähigkeit zu unterbrechen, und obzwar der Einfluss der totalen Hirn- und Rückenmarksanämie auf die Circulation schon mehrmals untersucht worden, mussten namentlich die Versuche Kussmaul's und Tenner's dazu auffordern, diesen Einfluss mit den verbesserten Methoden der modernen Experimentalphysiologie zu erforschen. Zu diesem Behufe unterband Mayer an Kaninchen beide Carotiden und Subclaviae und bestimmte den Blutdruck in der linken Carotis. Bei diesen Versuchen erwies sich die von Mayer zuerst angewendete Curasirung von besonderem Nutzen, da durch diese den sonst auftretenden furchtbaren Krämpfen, die die Deutung der Versuche erschweren, vorgebeugt wird. Unmittelbar nach Verschluss dieser Arterien tritt ein Ansteigen des Blutdruckes ein, welches die Folge des Verschlusses so grosser Arterienstämme ist. Lässt man die abgeklemmten Arterien gleich wieder los, so sinkt der Blutdruck auf sein früheres Mass zurück. An dieses Traube'sche Ansteigen des Blutdruckes schliesst sich ein zweites allmäliges enormes Ansteigen desselben. Dieser Erfolg war vorauszusehen. Er ist das Corollar zu den furchtbaren Krämpfen am nicht curarisirten Thiere, denn die Anämie erregt einerseits das Krampf-, andererseits das vasomotorische Centrum, und diese letztere Erregung bedingt einen Tetanus sämmtlicher Gefässe. Ein ähnliches Resultat hat, wie Mayer hervorhebt, schon Navalichin nach Verschluss der Carotiden allein beobachtet. Wenn man den Verschluss sämmtlicher Hirnarterien durch 10—15 Minuten dauern lässt, so muss das Gehirn seine Fähigkeit, Reizungswellen abzulösen, verlieren. Kussmaul und Tenner konnten keine verlässlichen Angaben machen über die Regenerationsfähigkeit des Gehirns. Denn sie hatten nicht blos Anämie, sondern wegen der furchtbaren Krämpfe der Versuchsthiere zugleich CO_2-Ueberladung ihres Blutes; liessen sie nun in das durch 4—5 Minuten anämisch gehaltene Gehirn stark venöses Blut einströmen, so fanden sie keine Regeneration mehr, während Mayer im Stande war, seinen Versuchsthieren, bei denen künstliche Respiration eingeleitet war, stets stark sauerstoffhaltiges Blut zuzuführen. Liess M. die

Digitized by Google

Zuklemmung der Arterien 8—12 Minuten dauern, so sinkt der Blutdruck und nach dieser Zeit ist er von seiner enormen Höhe bis weit unter die Norm gesunken, zu Werthen, die man nur an Thieren mit durchschnittenem Halsmark kennt. Es ist also bei diesen Versuchen offenbar ein Absterben der Hirnfunction eingetreten. Am nichtcurarisirten Thiere lässt sich zeigen, dass die stärksten Reize keine Reaction hervorrufen, dass die Respiration erloschen ist, der Arterientonus aufgehört hat — aber unter günstigen Umständen kann sich das Gehirn noch erholen, selbst nach 20 Minuten dauernder totaler Anämie. Wie man sieht, eignet sich diese Methode vorzüglich als Ersatz der früher geübten Durchschneidung des Halsmarkes zur Ausschaltung des vasomotorischen Centrums auf die peripheren Gefässe, und bietet folgende Vortheile: 1. die leichtere Operation, 2. die mögliche Regeneration, 3. die Ausschaltung der von der Schnittfläche des Rückenmarkes ausgehenden Reize. Früher war die Ansicht allgemein, dass das Innervationscentrum für sämmtliche Gefässe des Körpers in der Medulla oblongata gelegen sei. Dem Rückenmark eine Rolle bei dieser Function zuzuschreiben, war man nicht geneigt. Erst Vulpian, dann Goltz u. A. haben die Ansicht vertreten, dass auch im Rückenmarke vasomotorische Centren vorhanden sind. Zur Erforschung dieser Verhältnisse stellte M. zwei Reihen von Versuchen an. Von der Thatsache ausgehend, dass das vasomotorische Centrum auf sensible Reize und auf Verarmung des O-Gehaltes des Blutes mit Ansteigen des Blutdruckes antwortet, hat er diese Einflüsse auf das vom Gehirn isolirte Rückenmark wirken lassen — aber sie blieben hier ohne Erfolg. Wenn also auch das Rückenmark als vasomotorisches Centrum fungirt, so kann man nicht behaupten, dass es identisch sei in seinen Thätigkeitsäusserungen mit dem vasomotorischen Centrum des Hirns. Diese Versuche M.'s wurden von Heidenhain wiederholt, u. zw. mit gleichem Resultat, nur hatte in 14 Versuchen die Reizung des isolirten Rückenmarkes durch dyspnoëtisches Blut einen positiven, allerdings sehr geringen Erfolg. Was den Einfluss der Hirnanämie auf die Frequenz des Pulses betrifft, so ist beim Kaninchen die durch unsere bisherigen Kenntnisse von der Function des Gehirns mit Berechtigung erwartete Pulsverlangsamung nicht oder höchstens andeutungsweise eingetreten. Die Ursache dieses unerwarteten Verhaltens hat M. bisher nicht ergründen können. Beim Hunde jedoch tritt die Pulsverlangsamung prompt ein. Nachdem M. noch kurz die analogen Versuche Couty's erwähnt hatte, ging er über zum zweiten Theile seiner Untersuchungen.

Nachdem der Vortragende den von Nicolaus Stenson angegebenen und so lange irrthümlich gedeuteten Versuch, nämlich der Lähmung des hinteren Körperendes durch Unterbindung der Bauchaorta besprochen und die wahre von Schiff im Jahre 1868 zuerst erforschte Ursache dieser Lähmung, welche ihren Grund hat in der hohen Empfindlichkeit gewisser Rückenmarksabschnitte gegen Blutentziehung, mitgetheilt hatte, sprach M. seine Ansicht dahin aus, dass diese Rückenmarksabschnitte die graue Substanz seien, die so ausserordentlich rasch durch Anämie gelähmt werde, u. zw. ohne vorausgehende Reizungsphänomene. Nach allen bisher vorliegenden Untersuchungen verlaufen gefässverengende Nerven noch durch das Brustmark. Da nun die von M. angestellten Versuche ergaben, dass selbst eine 9 Minuten dauernde totale Anämie des Rückenmarks eine Lähmung der vasomotorischen Leitungsbahnen nicht zur Folge habe, zieht er daraus den wichtigen Schluss, dass diese vasomotorischen Bahnen im Rückenmark einen anderen Weg ziehen als die motorischen. Letztere passiren wahrscheinlich die graue Substanz, die vasomotorischen aber nur die weisse Substanz. Dies erklärt auch, dass diese Bahnen bei hirnanämischen Thieren nicht auf dem Wege des Reflexes zu erhöhter Thätigkeit gebracht werden können. Liess aber M. die Compression der Aorta 10—15 Minuten dauern, so erreicht man nach Loslassen der Aorta ein bedeutendes Absinken des Blutdruckes. Nach dieser Zeit also würde auch die weisse Substanz

Digitized by Google

durch Anämie leistungsunfähig und es war dasselbe Resultat erzielt, wie bei Durchschneidung des Halsmarkes. Die graue Substanz erholt sich nach länger dauernder Anämie nur sehr langsam oder gar nicht; die weisse Substanz aber schon nach 3—4 Minuten, selbst wenn die Anämie 10 Minuten gedauert hatte. Liess M. die Anämie 14—20 Minuten dauern, so wurde der Blutdruck nach wiedergeöffneter Aorta äusserst niedrig, der Herzschlag verschwindet allmälig und nach 3—4 Min. ist die Circulation vollständig vernichtet. Während M. für diese Erscheinung sich die Erklärung gab, dass durch eine 20 Minuten dauernde Stagnation des Blutes in den hinteren Partien des Thierleibes eine Diffussion von Gewebssäften, Gallensäuren u. s. w. in das Blut hinein stattfinden und so bei wieder eingeleiteter Circulation Herzgifte in die allgemeine Blutbahn gelangen, kam er durch weitere Versuche zu der Ansicht, dass dies nicht der Fall sei, sondern der Verfall der Circulation bedingt sei durch die vollständige Ertödtung des Rückenmarkes, die durch eine so lange dauernde Anämie herbeigeführt wird, und dass diese Versuchsanordnung vollständig analogen Effect habe mit der von Legallois geübten Ausbohrung des Rückenmarkes.

570. Aerztlicher Verein zu Coblenz. Dr. R. Burkart: Ueber einen Fall von klonischem Inspirationskrampf. Vortrag, gehalten am 1. Mai 1877.

Herr X. aus B., 25 Jahre alt, kam am 1. Mai 1872 in meine Anstalt. Während seines Aufenthaltes hatte ich Gelegenheit, anfallsweise auftretende Störungen im Athemmechanismus an ihm zu beobachten. Ich greife von den vielen von mir miterlebten Anfällen einen heraus, um denselben hier genauer zu schildern. Der Kranke hatte am Abend des 27. Mai eine psychische Erregung zu überstehen gehabt und war später als gewöhnlich zu Bett gegangen. Die Nacht vom 27. zum 28. verlief ruhig und Herr X. machte am Morgen des 28. wie gewöhnlich seinen Spaziergang im Parke der Anstalt. Hier fand ihn ein Wärter, als er, von Athembeklemmung geplagt, allein nicht mehr weiter konnte. Man führte ihn mir direct auf mein Zimmer. Als ich den Kranken sah, athmete er ähnlich wie Jemand, der einen übermässig langen und raschen Lauf gemacht hat. Die einzelnen Inspirationen setzten kurz ein und liefen sehr schnell ab unter lautem inspiratorischem Geräusch. Die Exspirationen dagegen erfolgten leicht und fast geräuschlos. Zu dem reihten sich die einzelnen Athemzüge so rasch aneinander (ich zählte bereits 50 in der Minute) und die Inspiration beanspruchte so viel mehr Zeit und wurde so viel energischer ausgeführt, als die Expiration, dass der Einathmungsmechanismus sein Spiel schon wieder begann, ehe die Ausathmung zu Ende war Ein Hinderniss in den Luftwegen für das Zustandekommen der Inspiration oder Exspiration war absolut nicht nachzuweisen. Der Kranke war in grosser Aufregung und Angst; seine Lidspalten waren weiter denn sonst; er athmete mit offenem Munde, den Kopf leicht nach hinten gebeugt; die Gesichtsfarbe war bleicher als gewöhnlich; meine Fragen beantwortete er kurz und hastig. Er sprach die Befürchtung aus, dass er einen schweren Anfall durchzumachen haben werde. Um denselben vielleicht zu coupiren, schluckte er mit grosser Mühe 1·5 Chloralhydrat in Wasser gelöst herunter. Die Athemzüge folgten immer schneller aufeinander; der Kranke konnte nur mehr einige Worte hervorstossen; das Schlingen war fast unmöglich; er trippelte auf einer Stelle des Zimmers mit gespreitzten Beinen hin und her; ruhig zu sitzen war ihm unmöglich; wenn er mit den Händen eine Stütze ergriff, um zwischen die aufgestemmten Arme den Thorax so aufzuhängen, dass die Arbeitsleistung der Inspirationsmuskeln in die Höhe geschraubt, der Thorax so weit als möglich ausgedehnt würde, selbst dann bewegte er die Beine hin und her; allgemeine Muskelunruhe war eingetreten. Nach und nach betheiligten sich die Halsmuskeln, die Nacken-, Schulter-, Brustmuskeln, die Gesichtmuskeln

Digitized by Google

an den in rascher Folge auftretenden heftigen Inspirationen. Der Kopf wurde ruckweise nach hinten und nach dieser oder jener Seite gezogen; ich zählte bis zu 85 dieser Kopfbewegungen in einer Minute; die Nasenflügel spielten; der an und für sich schon offen gehaltene Mund wurde bei jeder Inspiration noch weiter geöffnet, während er bei der kurzen Exspiration wieder etwas sich schloss. Die Gesichtszüge verzerrten sich bei jedem Athemzuge, wie man es bei der grössten Inspirationsdyspnoë zu sehen gewohnt ist. Gar bald geriethen auch Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten in zuckende, reflectorische Mitbewegung. Nachdem der Anfall eine halbe Stunde gedauert hatte, schien er seinen Höhepunkt erreicht zu haben; 110 mit allen Hilfsmuskeln ausgeführte Inspirationen folgten sich in einer Minute. Da der Inspirationsmechanismus keine Zeit fand seine Arbeit zu leisten und der Brustkorb also immer in einer Inspirationsstellung verblieb, so konnten die einzelnen Athemzüge natürlich trotz der Muskelarbeit, mit welcher sie zu Stande gebracht wurden, nur wenig den Brustkorb ausdehnen, der Luftwechsel in den Lungen musste also gering sein. Diesem Umstande entsprach auch die livide Färbung der Lippen auf der Höhe des Krampfanfalls. Im Uebrigen war die Haut des Gesichtes, der Hände etc. blass, da ja die Füllung des kleinen Kreislaufes unter den günstigsten Bedingungen vor sich gehen konnte. Der Puls schien beschleunigt zu sein; er war bei der enormen Muskelaction nur schlecht controlirbar. Der Kranke blieb keinen Moment auf einer Stelle stehen, fortwährend trippelte er unter lautem Inspirationsgeräusche auf einer Stelle der Stube mit gespreitzten Beinen hin und her, zappelnd mit allen Gliedern; bald stemmte er diesen, bald jenen Arm in die entsprechende Weiche unter die Rippenbogen; besonders links empfand er, nach seiner späteren Beschreibung, der Zwerchfellinsertion entsprechend, einen dumpfen Schmerz, welchen der Druck von Aussen mit der Faust erleichterte. Der Leib war während des Anfalls vorgedrängt. An dem Spiel der Bauchdecken und den unteren Parthien des Brustkorbes konnte man erkennen, dass das Zwerchfell sich ebenso wie alle übrigen sichtbaren Inspirationsmuskeln rhythmisch contrahirte. Eine halbe Stunde nach Verabreichung des Chloral's machte ich dem Kranken eine subcutane Morphiuminjection (0,02), wonach der Zustand sich etwas besserte. Die Reflexbewegungen der Rumpf- und Extremitätenmusculatur hörten auf und die einzelnen Inspirationen rückten weiter auseinander (60 in der Minute). Aber erst die nach einer halben Stunde vorgenommene, bis zum Beginn der Betäubung durchgeführte Chloroformirung des Pat. machte dem Anfall nach fünfviertelstündiger Dauer ein Ende. Der Kranke ging zu Bett und fühlte sich natürlich sehr matt und angegriffen. Die Nacht schlief er gut und war am folgenden Tage wieder verhältnissmässig wohl.

Herr X. stammt aus einer Familie, in welcher Nervenkrankheiten zu Hause sind. Er selbst ist geistig normal entwickelt, war bis zum Beginn seines jetzigen Leidens gesund und hat niemals besondere Krankheiten überstanden. Er hat mässig gelebt; Onanie oder andere geschlechtliche Excesse stellt er entschieden in Abrede. Er ist starkknochig gebaut, von mittelgrosser, untersetzter Statur. Die sichtbaren Schleimhäute, die Gesichtsfarbe, die Haut der Hände etc. ist blass und anämisch. Das Auftreten des Kranken hat etwas Unsicheres, Befangenes, ganz im Gegensatz zu seinem Benehmen in früheren Zeiten, als er ein Bild blühender Gesundheit war. Der Thorax des Kranken ist gut gebaut und macht beim Athmen normale Excursionen. Nur in den unteren Partien des Brustkorbes scheinen die Rippen in geringem Grade anormal nach Aussen und Oben gebogen, so dass der Breitendurchmesser des Thorax etwas vergrössert erscheint. Die Athemgeräusche sind normal, der Kranke hustet nicht.

Die Verdauung ist etwas träge, der Appetit mässig, diese Erscheinungen von Seite des Darmcanals sollen nach der Angabe des Kranken erst seit einigen Wochen bestehen und sind wohl mit der gesteigerten Zufuhr von Chloralhydrat

Digitized by Google

in Verbindung zu bringen. Die Kräfte des Pat. haben in letzter Zeit sehr abgenommen. Am Halse sind die Gegenden der Nervi vago-sympathici auf Druck empfindlich. An den Pupillen konnte nichts aussergewöhnliches nachgewiesen werden. Alle übrigen Organe, soweit dieselben der directen Beobachtung zugänglich sind, erscheinen normal.

Zwei Jahre vor seinem Eintritt in die Anstalt erlitt der Kranke ohne vorhergegangenes Kranksein nach einem geringen Excess in Baccho einen Anfall von Athmungsstörung, welchen er selbst nur als dauernde Behinderung des Athemnehmens schildert; er hatte das Gefühl, als müsse er ersticken. Der Anfall dauerte etwa $^3/_4$ Stunden und es stellte sich wieder vollständiges Wohlbefinden nach demselben sein. Derartige plötzlich auftretende Athembeklemmungen wiederholten sich seit dieser Zeit alle 5—8 Tage. Erst 6 Monate nach dem ersten Anfalle stellten sich die einzelnen Krampfparoxysmen unter zunehmender Heftigkeit täglich ein. Damals schon blieb es nicht mehr bei den einfachen Beklemmungszuständen sondern der Charakter der ganzen Affection war schon so, wie ich denselben in dem oben mitgetheilten Anfalle beschrieben habe; Zuckungen in der Nacken-, Halsmuskulatur und Mitbewegungen in den Muskeln der Extremitäten begleiteten jetzt die klonischen Contractionen der Inspiratoren. Jedwede körperliche und geistige Anstrengung, Fahren im Wagen oder auf der Eisenbahn schienen das Auftreten der Anfälle zu begünstigen; doch zeigten sich dieselben auch bei vollkommen ruhigem Verhalten des Kranken. 1,0—2,0 Chloralhydrat per os zugeführt war im Stande, den beginnenden Anfall zu coupiren; ebenso wirkten mitunter, wenn auch nicht mit derselben Sicherheit, mehrere Glas eines starken Weines oder subcutane Morphiuminjectionen. Die Anfälle variirten in der Stärke vom einfachen Beklemmungsgefühl bis zu dem Complex von Erscheinungen, wie ich ihn oben beschrieben habe. Auch die Intervalle zwischen zwei Anfällen wechselten sehr. Bald erlitt der Kranke mehrere Anfälle an einem Tage, bald traten anfallsfreie Pausen von 4—6 Wochen ein. In den letzten 14 Tagen vor seiner Aufnahme in meine Anstalt überstand Herr X 4—6 Anfalle an einem Tage. Zur Coupirung und Linderung derselben war ungemein viel Chloralhydrat consumirt worden; der Kranke führte die Flasche mit Chlorallösung ständig bei sich in der Tasche und war für's erste nicht zu bewegen, den Arzneivorrath, welchen er mitgebracht, an mich abzugeben. Wie aus der Beschreibung des Falles hervorgeht, haben wir es mit einem bekannten Symptomencomplex zu thun, dem klonischen Krampf der Inspirationsmuskeln. Die Besprechung desselben halte ich deshalb für gerechtfertigt, weil erstens die Krämpfe so heftig und so verbreitet auftraten, wie ich dieselben nirgendwo beschrieben finde; zweitens weil die Krankheit als typische, reine Neurose derjenigen Nervenapparate verlief, welche die Inspiration veranlassen; drittens weil es einer methodisch eingeleiteten, dem speciellen Falle angepassten Behandlung gelang, die Krankheit nach zweijährigem Bestehen zu bessern und schliesslich zu heilen.

Zum Verständniss des Wesens des mitgetheilten und ähnlicher Krankheitsfälle und zur Einleitung eines entsprechenden rationellen Kurverfahrens ist es absolut nothwendig, sich vom Zustandekommen der normalen Athmungsrhythmik eine Vorstellung zu machen. Die Thätigkeit der Athmungsorgane gipfelt bekanntlich in zwei miteinander abwechselnden Bewegungen des Brustkorbes. Die eine derselben, die Inspiration bezweckt die Erweiterung, die andere, die Exspiration die Verengerung des Thorax-Innern. Bei der gewöhnlichen Athmung wird nur die Inspiration durch active Muskelthätigkeit, durch die rhythmische Innervation der Inspiratoren-Gruppe zu Stande gebracht; die Exspiration geschieht bei ihr durch passive Wirkung der Athmungsorgane. Erst unter besonderen Verhältnissen beginnt die rhythmische Action der Exspiratoren.

Die Innervation der Athmungsmuskeln wird von dem in der Medulla oblon-

Digitized by Google

gata, in der Spitze des Calamus scriptorius gelegenen Athmungscentrum in Scene gesetzt. Die in diesem Centrum gelegenen Ganglienzellen der Inspiratoren sind wie alle lebendige Materie in dauernder fortlaufender Zersetzung begriffen und erzeugen so bei Sauerstoffmangel in sich fort und fort einen leicht oxydablen Stoff. Derselbe functionirt bei einem gewissen Grade der Production und der Anhäufung als Reiz eben jener Zellen, welche seine Production besorgen, und bedingt auf diese Weise die Contraction der von den gereizten Zellen abhängigen Inspirationsgruppe. So lange in den das Athmungscentrum umspinnenden Blutgefässen ein Blut circulirt, welches genügend Sauerstoff an die Gewebe abgibt, ist die Production und die Anhäufung dieses leicht oxydablen Stoffes in den Ganglienzellen des Noeud vital unmöglich. Vermöge seiner hohen Affinität zum Sauerstoff wird sich derselbe sofort bei seiner Entstehung durch Oxydation weiter verändern und gerade dadurch die Eigenschaft verlieren, die Ganglienzellen des Athmungscentrums in Erregung zu versetzen. Der Athmungsmechanismus wird also bei genügendem Sauerstoffvorrath in den Geweben der Medulla oblongata in Ruhe bleiben. Bei einem ausgelösten Athemzuge müsste nun unter Ausschaltung aller übrigen Beziehungen die Action der Inspiratoren so lange dauern, bis das durch die Inspiration in den Lungen wieder mit neuem Sauerstoff bereicherte Blut die Production und in gewisser Beziehung die Anhäufung des erregenden, leicht oxydablen Stoffes in den Ganglienzellen des Noeud vital eliminirt hätte; dann erst würde die Reizung der Inspiratoren, die Inspiration aufhören und eine passive Exspiration folgen. Die dieser Exspiration sich anreihende zweite Inspiration würde beginnen, wenn die durch den vergangenen ersten Athemzug beseitigte, leicht oxydable Substanz bei dem während der Apnoë allmälig sich einstellenden Sauerstoffmangel der Art in den Ganglien des Athmungscentrums wieder producirt würde, dass sie eine neue Erregung auszulösen vermöchte. Wenn die Erregbarkeit der Ganglienzellen im Noeud vital und die Production des Athemerregenden, leicht oxydablen Stoffes und auch das Blutquantum sich gleich bleibt, welches in einer Zeiteinheit bei unveränderten Gefässen und unveränderter Stromgeschwindigkeit das Athmungscentrum passirt, dann wird bei constantem Sauerstoffconsum des Gesammtorganismus der Athmungsrhythmus immer derselbe bleiben. Die Bedingungen, unter welchen dies möglich ist, geben uns auch die Bedingungen an, durch welche der Athmungsrhythmus verändert werden kann.

Was zunächst die Modification der Athmungsrhythmik durch Nervenerregung betrifft, so sprach man bis vor Kurzem ausschliesslich von einer directen Beeinflussung der nervösen Elemente des Athmungscentralorgans durch die zu ihm in Beziehung stehenden Nerven. Rosenbach war meines Wissens der Erste, welcher (im Anfange dieses Jahres im Central-Blatt für medicinische Wissenschaft) einen grossen Theil der Athmungsnerven in's vasomotorische Nervensystem einreihte; er nennt den Nervus vagus in seiner Function als Athmungsnerv einen vasomotorischen Nerven. Wenn ich auch in vielen Punkten von den Ansichten Rosenbach's abweiche, so scheint mir die Bezeichnung des Nervus vagus als vasomotorischer Athmungsnerv eine sehr glückliche und der Wirklichkeit entsprechende zu sein.

Indem ich ausser den im Nervus vagus verlaufenden Athmungsnerven auch noch andere in's vasomotorische Nervensystem einreihe, möchte ich die Beeinflussung der Athmungsrhythmik durch die Erregung anderer bezüglicher Nerven in folgender Weise präcisiren. Der grösste Theil der regulatorischen Athmungsnerven ist vasomotorischer Natur; die im Vagusstamme verlaufenden inspiratorischen und exspiratorischen Nerven gehören alle diesem Nervensystem an. Die Function dieser vasomotorischen Nerven besteht darin, Erweiterung und Verengerung der Blutgefässe im Noeud vital zu bedingen und unter Umständen die Fortbewegung des Gefässinhaltes so zu beeinflussen, dass die Blutsäule correspondirend mit der Ge-

Digitized by Google

fässweite möglichst rasch und correspondirend mit der Gefässenge möglichst langsam an den Ganglienzellen des Athmungscentrums vorbeigeführt wird. Durch diese Combination wäre dann die Möglichkeit gegeben, relativ viel und relativ wenig sauerstoffhaltiges Blut in einer bestimmten Zeiteinheit den Ganglienzellen des Noeud vital zur Abwicklung ihrer respiratorischen Thätigkeit zur Disposition zu stellen. Wenn nun die Gefässerweiterung unter Zunahme der Gefässfüllung und unter Beschleunigung der Fortbewegung des Gefässinhaltes eintritt, dann wird mit ihr auch die Sauerstoffmenge plötzlich zunehmen, welche in einer bestimmten Zeit den Noeud vital passirt. Die Folge hiervon wird sein, dass der Erreger der inspiratorischen Athembewegungen, der in den Ganglienzellen des Athmungscentrums bei Sauerstoffmangel sich bildende Stoff nicht mehr producirt und auf diese Weise als Erreger eliminirt wird; der Inspirationsreiz wird unter diesen Bedingungen also fortfallen und eine passive Exspiration sich einleiten. Die Gefässerweiterer müssen also exspiratorische Nerven sein. Verengern sich die betreffenden Gefässe in der Medulla oblongata und wird das Sauerstoffquantum, welches in einer bestimmten Zeiteinheit das Athmungscentrum passirt, auf diese Weise reducirt, dann wird durch den so bedingten Sauerstoffmangel die Production und die Anhäufung der hypothetischen Substanz ermöglicht und hierdurch die Inspiration hervorgerufen. Die Blutgefässverengerer sind also inspiratorische Nerven. Beim normalen Verhalten des Nervensystems ist die Erregbarkeit des Athmungscentrums sehr zarter Natur. Dem entsprechend werden daher beim normalen Athmen die Werthe für die producirte und abgelagerte, athemerregende Substanz, für Blutgefässerweiterung und Blutgefässverengerung nur klein zu nennen sein. Die Erregung der Athmungsnerven wird indessen nicht allein durch vasomotorische Einflüsse dem Athmungscentrum übermittelt. Die mittelst der Nervenfaser dem Centralherde der Inspiratoren oder Exspiratoren überbrachte Erregung bedingt hier ohne directen Einfluss der Blutgefässe eine Veränderung in der Substanz der betreffenden Ganglienzellen. Diese Substanzveränderung ist das Wesen der in diesen Zellen vorsichgehenden Reizung. Es liegt nahe, an die Möglichkeit zu denken, durch Nervenerregung könnte die Production der in den Ganglienzellen des Noeud vital sich bildenden hypothetischen Substanz plötzlich in die Höhe gesetzt werden, um so eine energische Erregung der Inspiratoren zu bewirken. Bekanntlich hat Pflüger von wohl constatirten Thatsachen und Erfahrungen ausgehend es als höchst wahrscheinlich hingestellt, dass der wache Zustand, d. h. die Thätigkeit der grauen Hirnsubstanz zum grossen Theil abhängig sei von den continuirlich sie treffenden Erregungen der Empfindungsnerven. Denken wir uns in analoger Weise auch die Production der leicht oxydablen Substanz in den Ganglienzellen des Noeud vital in gewisser Beziehung abhängig von den Erregungen sensibler Nerven, dann verstehen wir auch die Thatsache, dass alle Momente, welche die Erregung sensibler Nerven beschränken, die Athmungsenergie herabzusetzen im Stande sind. Ebenso erklärt sich auch die Zunahme der Athmungsenergie, welche bei einer künstlichen Steigerung der Erregung von Empfindungsnerven zur Beobachtung kommt. Ich erinnere an die Wirkung von Frottirung grosser Hautpartien mit nasskalten Tüchern und an ähnliche Erregungen der Hautnerven, durch welche man eine Beschleunigung der Athemzüge hervorrufen kann. Mit diesen Erscheinungen ist auch die bekannte Beobachtung in Verbindung zu bringen, nach welcher bei dyspnoëischen Personen mit oberflächlicher Athmung durch energische Hautnervenerregung (Uebergiessen des Körpers und besonders des Nackens mit kaltem Wasser etc.) noch heftige Inspirationen ausgelöst werden. Ausser durch die Erregung bestimmter Nerven wird natürlich das Athmungscentrum in erster Linie vom Gasgehalt des Blutes beeinflusst, so dass alle die Momente, welche jenen modificiren, auch den Athmungsrhythmus zu verändern im Stande sind. Denn nicht die Erweiterung oder die Verengerung der Gefässe in

Digitized by Google

der Medulla oblongata vermehrt oder vermindert das Athembedürfniss, sondern nur der Umstand, dass mit der Erweiterung und Verengerung das Sauerstoffquantum steigt und fällt, welches die Ganglienzellen des Noeud vital umspült. In allen obigen Auseinandersetzungen wurde immer der Sauerstoffmangel des Blutes als indirecter Erreger der inspiratorischen Athembewegung bezeichnet. Bekanntlich lehrt jedoch das physiologische Experiment, dass auch der Kohlensäure-Ueberschuss im Blut und in den Geweben das Athmungscentrum zu erregen im Stande ist. Das Wesen dieser Wirkung beruht wohl darin, dass durch die im Blut und dem Gewebe der Medulla oblongata vorhandene Kohlensäure die Erregbarkeit der Ganglienzellen in die Höhe gesetzt wird; diese Steigerung der Erregbarkeit kann selbstverständlich unter Umständen den Reizzustand der Ganglienzellen ausmachen. Bei unseren Deductionen haben wir nur immer von passiver Ausathmung gesprochen. Es existirt aber auch eine active, durch eine besondere Muskelgruppe bedingte Exspiration. Die rhythmische Innervation dieser Exspiratoren und die Sistirung der Inspiration muss normaliter durch dasselbe Moment hervorgerufen werden; nur so ist die Thatsache zu erklären, dass die Thätigkeit der Inspiratoren und Exspiratoren zeitlich niemals zusammenfällt. Aller Wahrscheinlichkeit nach hängt der die Exspiration treffende Reiz zusammen mit der Gefässerweiterung, der Hyperämie des Athmungscentrums, ein Zustand, welcher bekanntlich eine Erregung der Inspiratoren nur schwierig zu Stande kommen lässt. Natürlich werden die Ganglienzellen der Exspiratoren auch durch andere als vasomotorische Einflüsse in Erregung versetzt, ebenso wie wir dies von den Ganglienzellen der Inspiratoren erläutert haben. Wir haben so im Allgemeinen die Principien und Voraussetzungen besprochen, welche beim Zustandekommen der normalen rhythmischen Athembewegungen zur Geltung kommen. Zunächst wollen wir nun untersuchen, in welcher Weise bei unserem Kranken die Thätigkeit des Noeud vital alterirt wurde. Irgend eine krankhafte Affection der Lungen und ihrer Adnexe, welche die Endverzweigungen des Vagus gereizt und so reflectorisch die Krampfanfälle ausgelöst hätte, liess sich absolut nicht nachweisen. Ebenso war von einer sonstigen abnormen Function sensibler Organe oder von irgend einem dauernden krankhaften Reize bei Herrn X. keine Rede. Der an und für sich sehr geringe Magenkatarrh sollte erst seit einigen Wochen bestehen und war wohl nur abhängig von der in letzter Zeit so gesteigerten Chloralhydratzufuhr. Der Kranke will bis zum Ausbruch des ersten Anfalles ganz gesund gewesen sein; er war ja noch im Stande, am Tage vor diesem Anfall in Baccho zu excediren. Es liegt nahe, gerade jenen Excess mit dem Ausbruch der Krankheit in Verbindung zu bringen; die durch denselben gesetzte, vorübergehende Schädlichkeit brachte wenigstens die im Athmungscentrum bereits vorbereitete Störung bei dem durch Heredität dazu disponirten Patienten zur vollen Entwicklung. Ich recurrire also direct auf den Noeud vital als den eigentlichen Sitz der Krankheit in unserem Falle und halte dafür, dass bei Herrn X. der Inspirationskrampf zwar durch die verschiedensten Reflexvorgänge hervorgerufen werden konnte, dass aber der primäre, anormale Erregungszustand im nervösen Centrum der Athembewegungen zu suchen war. Dafür spricht schon allein der Umstand, dass der klonische Krampf nicht auf die Gruppe der gewöhnlichen Inspiratoren beschränkt blieb, sondern sich bis auf die letzte Reihe der Einathmungshilfsmuskeln ausdehnte und sogar schliesslich die ganze Körpermusculatur mit in Action versetzte. Selbst wenn ich mich über die Entstehung des Leidens täuschte und doch irgend ein verborgener, peripherer Reiz die Grundursache der Krampfform bildete, dann war jedenfalls zu der Zeit, als ich den Patienten in Behandlung bekam, auf Grund der bei den Anfällen sich zeigenden, weit verbreiteten Mitbewegungen eine Steigerung der Erregbarkeit, ein Reizzustand in dem Centralorgan anzunehmen.

Digitized by Google

Wie haben wir uns nun die Auslösung der einzelnen Krampfanfälle vorzustellen? Nach unseren obigen Auseinandersetzungen über das Zustandekommen der Athmungsrhythmik liegen zwei Erklärungsmöglichkeiten vor. Entweder wird in jedem Anfalle die Production der Inspirationerregenden hypothetischen Substanz in die Höhe geschraubt, oder aber die ganze Affection wird dadurch bedingt, dass die Gefässe des Athmungscentrums sich krampfhaft verengern. Bei dieser Blutgefässverengerung würde der Sauerstoffmangel als letzte Ursache der Erregung der ganzen Inspiratorengruppe zu betrachten sein. Auch die klonische Erregung der Gesammtkörpermusculatur, wie dieselbe bei unserem Kranken zur Beobachtung kam, findet bei der Annahme eines im Athmungscentrum stattfindenden Gefässkrampfes meines Erachtens die beste Erklärung. Bekanntlich hat Nothnagel ein besonderes Krampfcentrum in der Medulla oblongata nachgewiesen, von welchem aus allgemeine Muskelzuckungen ausgelöst werden können. Dasselbe liegt am Boden des vierten Ventrikels, also anatomisch in nächster Nähe des Athmungscentrums. Die Arteriae propriae des verlängerten Markes und speciell der uns interessirenden Kerne stammen aus den Arteriae vertebrales; dieselben sind sogenannte Endarterien und communiciren nicht mit einander. Ihre anatomische Anordnung berechtigt also dazu, von vielen isolirten vasomotorischen Bezirken in der Medulla oblongata zu sprechen. Tritt nun in einem Gefässbezirk des Noeud vital eine Verengerung der Arterien auf, so kann bei den benachbarten, stammverwandten Gefässbezirken in Folge davon zweierlei stattfinden. Erstlich kann die im ersten Gefässbezirk bestehende Verengerung durch Fortpflanzung der nervösen Erregung auf stammverwandte, benachbarte Bezirke hier ebenfalls Verengerung hervorrufen. Oder es entsteht in den benachbarten Gefässbezirken eine vicariirende Erweiterung, nicht nur nach hydrostatischen Gesetzen, sondern auch durch nervöse Einflüsse; zur letzteren Annahme sind wir durch andere pathologische Erfahrungen berechtigt. In beiden Fällen wird eine Erregung in den zugehörigen Nervenapparaten geschaffen werden; einmal durch Anämie und ein anderes Mal durch Hyperämie. Es würden sich also die in unserem Krankheitsfalle beobachteten allgemeinen Muskelzuckungen erklären durch die Miterregung des Krampfcentrums, welche in der Medulla oblongata durch vasomotorische Einflüsse bedingt wird. Die Erregung der Einathmungshilfsmuskeln geht natürlich vom Athmungscentrum aus, wo nach unseren Deductionen während des Anfalls Anämie herrscht. Der durch dieselbe bedingte Sauerstoffmangel ermöglicht die Anhäufung der Inspiration erregenden Substanz in den Ganglienzellen des Athmungscentrum. Nicht alle diese Zellen haben die nämliche Erregbarkeit und die nämliche Empfindlichkeit gegen diese sie reizende Substanz. Je nachdem bei steigender Dyspnoë zuerst die einen und dann die anderen Hilfsmuskeln der Einathmung in bestimmter Reihenfolge mit in Action gerathen, dem entsprechend ist auch die Erregbarkeit der zugehörigen Ganglienzellen des Athmungscentrums beschaffen, indem die einen mehr, die anderen weniger des hypothetischen Stoffes bedürfen, um eine Contraction ihrer Muskelgruppen auszulösen. Bei der Behandlung des Krankheitsfalles waren folgende Momente zu beobachten. Der Patient musste vor allen Schädlichkeiten bewahrt werden, welche bei ihm die Anfälle hervorrufen konnten. Zu Hause war dies unmöglich gewesen; das Leben in meiner Anstalt musste es dem Kranken leichter machen, in dieser Beziehung meinen Vorschriften nachzukommen. Es ist eine nicht wegzuleugnende Thatsache, dass bei der Therapeutik vieler, in periodischen Paroxysmen auftretender Nervenleiden das geregelte Anstaltsleben eine bedeutende Rolle spielt, weil hier unter sonst günstigen Lebensbedingungen fast jeder aussergewöhnliche, das kranke Nervensystem treffende Reiz fern gehalten wird. Aus diesem Grunde halte ich darauf, dass auf Marienberg mit einer gewissen Strenge alles dasjenige aufrecht erhalten wird, was die Regeln der Hausordnung bedingt. Bäder, Spaziergänge,

Digitized by Google

Mahlzeiten, leichte geistige Beschäftigung, Gymnastik, Gesellschaftsspiele, alles muss pünktlich zur vorher bestimmten Zeit unternommen werden. Auf diese Weise sind die Kranken gesundheitsmässig beschäftigt und vor Langeweile bewahrt. Herr X. litt, wie ich oben bemerkte, an einer geringen Verdauungsstörung; um im Darmtractus jeden Reiz zu beseitigen und eine geregelte Thätigkeit des Darms zu erzielen, nahm der Kranke Morgens kleine Mengen Carlsbadersalz neben einer passend verordneten Diät. Da gleichzeitig die Chloralhydratzufuhr auf's äusserste Mass beschränkt wurde, besserte sich die Verdauungsstörung bald und die Körperkräfte des Patienten nahmen in kurzer Zeit wesentlich zu. Endlich kam es bei der einzuschlagenden Therapie darauf an, das Nervensystem direct zu beeinflussen. Nachdem Herr X. sich innerhalb einer Woche in die neuen Verhältnisse eingelebt hatte, begann ich die Galvanisation der beiden Nervi vagi am Halse mit stabilen und labilen schwachen Strömen, in ein- bis zweitägigen Sitzungen. Ausserdem verordnete ich dem Kranken Morgens eine $1^1/_2$stündige nasse Einwicklung mit nachfolgender nasser Abreibung und Nachmittags um 4 Uhr ein bewegtes Halbbad von 24—18° R., in welchem besonders energische Begiessungen des Nackens vorgenommen wurden. Die feuchte Einpackung sollte eine Beruhigung des gesammten Nervensystems und speciell eine Herabstimmung der Erregbarkeit des Athmungscentrums bedingen. Dieselbe konnte das Letztere dadurch bewirken, dass sie die Erregung der Hautnerven und mit jener die Production der athemerregenden Substanz in den Ganglienzellen des Noeud vital herabsetzte; sie verminderte auf diese Weise wenigstens für die Zeit ihrer Dauer das Athembedürfniss. Die Halbbäder sollten im Gegentheil das Athembedürfniss steigern, aber so, dass bei dieser Steigerung nicht die Gefässverengerung im Athmungscentrum, sondern die Gefässerweiterung exercirt würde. Es geschah dies nach unseren früheren Auseinandersetzungen durch die Productionssteigerung der athemerregenden Substanz in Folge der durch die Badeapplication stattfindenden Hautnervenerregung und speciell jener bekannten Nerven im Nacken. Mit dieser Hyperproduction müsste dann aller Wahrscheinlichkeit nach eine reflectorisch bedingte, besonders ausgesprochene, rhythmische Gefässerweiterung im Noeud vital Hand in Hand gehen, um so durch reichliche Blut- resp. Sauerstoffzufuhr den athemerregenden Stoff in den Ganglienzellen des Athmungscentrums zu oxydiren. Die beiden hydriatischen Proceduren bezweckten ferner eine dauernde über die Zeit der Badeapplication sich ausdehnende Blutfluxion zur Haut, um so ein Mal durch die Massenvertheilung des Blutes die Respiration zu beeinflussen, vielleicht aber auch auf diese Weise das ganze vasomotorische Nervensystem und speciell die kranke Partie desselben in einen anderen Erregungszustand zu versetzen. Bei der Bestimmung dieser Behandlungsmethoden leiteten mich zum Theil empirische Thatsachen, deren Erklärungsversuch in dem immer noch vagen Begriff der sogenannten Nervenumstimmung gipfelt.

Ich unterlasse es, mich hier weiter darüber zu verbreiten, ob diese Umstimmungen durch vasomotorische Einflüsse oder durch Umlagerung der Moleküle in den Nervenzellen und Nervenfasern oder durch Verminderung der Schwingungen dieser Moleküle zu Stande kommen können. Ich möchte nur zum Beweise, dass wir an dem Begriff der Nervenumstimmung bei der Auswahl unserer therapeutischen Massnahmen festhalten müssen, zwei immerhin interessante Heilungsresultate aus meiner Praxis anführen. Der eine Fall betrifft einen 40 Jahre alten Herrn von herkulischer Gestalt. Derselbe hatte viele Jahre in Englisch-Indien verbracht und war dort 9 Jahre ehe er in meine Behandlung kam, so unglücklich vom Pferde gefallen, dass er sich eine Verletzung der Schädelknochen mit consecutiver Meningitis zugezogen hatte. Als ich den Kranken sah, constatirte ich eine eingezogene Knochennarbe auf der vorderen Partie des linken Scheitelbeins und eine Parese der rechten Körperseite. Die Kopfmusculatur war kaum von der

Digitized by Google

Lähmung betroffen; am meisten die obere und dann die untere Extremität. Die Beuger des Ellenbogengelenks waren gegenüber den Streckern in dauernder Verkürzung. Das auffallendste Symptom an dem Kranken waren Krampfparoxysmen schmerzhafter, klonischer Natur, welche, in den Ellenbogenbeugern der rechten Oberextremität beginnend, sich über die gleichseitige Vorderarm-, Schulter-, Hals-, Kopf-Musculatur, Gesichtsmuskeln, Augenmuskeln fortsetzten, schliesslich auch die Unterextremität in Mitleidenschaft zogen und sich sogar zuweilen auf die linke Ober- und Unter-Extremität erstreckten. Das Bewusstsein war in keiner Weise bei diesen Anfällen gestört. Dieselben häuften sich schliesslich so, dass der Kranke kaum 5 Minuten Ruhe hatte. Wenn er in der Nacht einmal glücklich eingeschlafen war, pausirten die Anfälle höchstens 3—4 Stunden, um ihn dann nach seiner Behauptung aus dem Schlafe aufzuwecken. Nachdem schon andere Aerzte vor mir die verschiedensten therapeutischen Versuche ohne Erfolg gemacht hatten, ich selbst 14 Tage lang Bromkali (5.0—6.0 p. die) wirkungslos verabreicht hatte, zog ich in der Pause zwischen zwei Anfällen mit dem Glüheisen zwei zwölf Centimeter lange Streifen zu beiden Seiten der Halswirbelsäule. Von dem Moment des Brennens an erfolgten rasch hintereinander etwa noch 4 Anfälle; dieselben blieben dann aber drei Tage lang vollständig aus und kehrten in den zwei Wochen, während welcher ich den Kranken noch beobachten konnte, nur mehr in Zwischenräumen von 1—3 Tagen zurück Als ich den Pat. nach Ablauf eines Jahres wieder sah, bestanden die Lähmungserscheinungen noch ebenso wie früher fort, aber die Krampfanfälle waren seit der Application des ferrum candens nicht mehr in der früheren Häufigkeit aufgetreten; der Kranke hatte Krampfpausen von Tage ja Wochen langer Dauer gehabt.

Ein anderer Fall ist folgender: Ein vierzehnjähriger Knabe klagte über ständige Würg- und Brechbewegungen, welche durch den einfachen Schlingact, selbst durch Speichelschlucken, so leicht hervorgerufen wurden, dass die Ernährung des Kranken durch das häufige Erbrechen des Genossenen entschieden litt. Die Inspection des Pharynx zeigte eine nicht einmal sehr geröthete und gelockerte Schleimhaut, etwas geschwollene Tonsillen und ebenso beschaffene Uvula. Ich schnitt von letzterer ein kleines Stückchen mit der Scheere ab und für die nächsten siebenzehn Tage ergab sich eine vollständige Sistirung der Brechbewegungen. Als am achtzehnten Tage nach der kleinen Operation sich wieder Würgen beim Schlingact einstellte, genügte eine Bepinselung des Pharynx mit Argentum nitricum-Lösung, um vollständige Heilung zu erzielen. Das abgeschnittene Stück der Uvula war so klein, dass wirklich ein Verkennen der mechanischen Verhältnisse obwalten müsste bei der Annahme, durch die Entfernung desselben sei der Reiz fortgefallen, welcher, durch Berührung des Stückchens mit Nachbartheilen entstanden, reflectorisch die Brechbewegungen ausgelöst habe. Oder sollte gar der Schnitt so glücklich geführt worden sein, dass gerade die hyperästhetischen Partien des Zäpfchens in Wegfall gekommen wären? Die durch den operativen Eingriff gesetzte Umstimmung der betreffenden peripheren Nerven und des Centralorgans für den Brechact haben die eclatante Besserung geschaffen, nichts Anderes. Für solche plötzliche Umstimmungen in den Reizerscheinungen des Nervensystems kann ich mir nur die Erklärung zurecht legen, dass eine directe Veränderung in der Molekularbeschaffenheit der kranken Nervenelemente geschaffen wird, oder dass durch den plötzlichen Eingriff vasomotorische Einflüsse wachgerufen werden, welche indirect die Erregbarkeit der kranken Nervenpartien beeinflussen. In unserem Krankheitsfalle besserte sich unter der beschriebenen Behandlungsmethode in einer Zeit von drei Monaten das Befinden des Kranken so, dass nur mehr ganz vereinzelte Krampfanfälle der Inspirationsmuskeln auftraten. Während der Kranke früher nicht wagte ohne Begleitung oder gar ohne die Flasche mit Chloralhydratlösung auszugehen aus Furcht vor dem plötzlichen

Digitized by Google

Ausbruch der Paroxysmen, macht er jetzt grosse Promenaden, Touren zu Wagen, per Eisenbahn und Dampfschiff, tanzte sogar, ohne dass hierdurch Anfälle hervorgerufen wurden. Ende Juli verliess er Marienberg. Wie mir später der Kranke berichtete, traten die Anfälle in der folgenden Zeit noch vereinzelt auf. Als ich denselben im Jahre 1877 zum letzten Male sprach, konnte er mir erzählen, seit nunmehr $2^1/_2$ Jahren vollständig gesund geblieben zu sein. —

571. Medicinische Gesellschaft zu Leipzig. Sitzung vom 31. Juli 1877. Dr. Butter: Die Fleischvergiftung in Wurzen.

Am 30. Juni erkrankte auf dem Rittergute Nitschke eine Kuh, welche vor etwa zehn Wochen gekalbt hatte. Es soll sich bei ihr hochgradiges Fieber gezeigt haben, zu welchem sich im Verlaufe der Woche Entzündung des Euters und Lähmung des Hinterkörpers gesellte. Das Thier wurde von keinem Arzte, sondern von einem sogenannten „Empiriker" behandelt, welcher den Erlaubnissschein zum Behandeln von Thieren erhalten hatte. Am neunten Tage der Krankheit, als die Kuh an den Hinterbeinen vollständig gelähmt war, wurde sie mit Ketten aus dem Stalle herausgeschleift, auf einen Wagen geladen und zum Fleischer S. transportirt, welcher sie schlachtete; derselbe vertheilte das Fleisch an die beiden Fleischer R. und T., scheint aber auch einen Theil für sich behalten zu haben. Der grösste Theil des Fleisches soll seines unappetitlichen Aussehens wegen zum Pökeln und zur Wurstfabrikation verbraucht worden sein. Der kleinere Theil wurde vom Dienstag (an welchem Tage das Thier geschlachtet wurde) aufbewahrt, um am Sonnabend (14. Juli) in kleinen Mengen verkauft zu werden, da nach Erfahrung der Fleischer am Sonnabend Abend von vielen Personen Begehr nach Rindfleisch ist, um dasselbe in der Form des rohen Beefsteaks zu geniessen. In den ersten Stunden des Sonntags (15. Juli) und bereits $4^1/_2$ Stunden nach Genuss des rohen Fleisches trat der erste Krankheitsfall auf. Bis zum Sonntag Abend waren bereits 28 Personen erkrankt — der erste Todesfall kam bereits 48 Stunden nach der Erkrankung vor; er betraf einen jungen Mann von kräftigem Körperbau und bis dahin ungetrübter Gesundheit, welcher am plötzlichen Schwinden der Körperkräfte (Collapsus) verschied. Der letzte Todesfall erfolgte erst nach siebentägiger Krankheit in der Nacht vom Sonnabend zum Sonntag (20. Juli); es war eine alte Frau, bei welcher sich diese grosse Widerstandsfähigkeit zeigte. Dagegen starb ein rhachitisches Kind, obgleich es weder vom Fleische noch von der Wurst genossen, sondern nur als Näscherei Ueberbleibsel auf einem Tellerrande abgeleckt hatte. Im Ganzen erkrankten nicht weniger als 206 Personen, — oder vielmehr, richtiger gesagt, die Zahl der Krankheitsfälle, welche man kennt, beträgt 206, während noch eine nicht geringe Zahl Erkrankungen vorgekommen sein mag, welche nicht zur Kenntniss der Aerzte gelangten. Die grösste Zahl der Kranken waren diejenigen, welche rohes Fleisch genossen hatten; sie belief sich auf 92. (Von diesen erkrankten 36 sehr schwer, 27 schwer, so dass also bei zwei Drittheilen der Genuss des rohen Fleisches ernste Erkrankungen nach sich zog.) — Nach dem Genuss gekochten Fleisches erkrankten 43 Personen; — von denen, welche Blutwurst oder Leberwurst gegessen hatten, erkrankten 30, — nach gebratenem Fleische 27, — nach Knackwurst 3; über 11 Erkrankungsfälle fehlen nähere Angaben. Die Mehrzahl der Erkrankungen betraf die Altersgruppe von 20 bis 40 Jahren. Die Krankheit wurde zuerst für eine Blutvergiftung in Folge des Genusses faulenden Fleisches (pudride Infection) gehalten, bis sich unzweifelhaft herausstellte, dass die Erscheinungen auf andere Ursachen hinwiesen. Gewöhnlich erwachte der Kranke während der Nacht plötzlich mit Schüttelfrost, litt an heftigem Durst und starkem Leibweh; hierzu gesellte sich Diarrhöe, durch welche unter starkem Stuhlzwange anfänglich sehr

Digitized by Google

übelriechende Massen entleert wurden, bis endlich einfach nur Flüssigkeit ausgestossen wurde. Die Diarrhöe wiederholte sich bei einzelnen Personen unausgesetzt nach Verlauf von nicht $^1/_4$ Stunde. Die Kranken wurden von fürchterlichstem Kopfweh gepeinigt, welches sie selber als geradezu unerträglich bezeichnen. Bald nach der Erkrankung stellte sich allgemeine Schwäche ein, welche zu immer grösserer Hinfälligkeit und endlich zu vollständiger Kraftlosigkeit sich steigerte. Mit diesen Erscheinungen im Einklange war der Verlauf der Körpertemperatur, die im Anfange auf 39 oder 40 sich hob, dann aber herabsank auf 37, 36 und endlich bei 35 ankam, der niederen Temperatur des vollständigen Kräfteverfalles und des Verlöschens. Der Puls war Anfangs voll und häufig, — später langsamer, seltener und schwach; — Füsse und Hände waren meistens kalt, die Zunge belegt und feucht, der Unterleib bei Einzelnen eingezogen. Einige Kranke hatten Aphten auf der Mundschleimhaut. — Besonders schwer traten die Erkrankungen bei denjenigen Personen auf, welche vorher am Magenkatarrh gelitten hatten. Alle Kranken fühlten sich sehr schwach und klagten über quälende Schlaflosigkeit; der Eintritt des Schlafes war in vielen Fällen gleichbedeutend mit dem Beginn der Genesung. Die Genesung schritt aber noch sehr langsam fort. Die Kranken fühlten sich matt, kraftlos, und waren noch am Schluss des Juli weit davon entfernt, den früheren Zustand ihres Wohlseins wieder erlangt zu haben.

Herr Dr. Reisland aus Wurzen, welcher nicht weniger als 113 der erkrankten Personen behandelt hatte, gab ärztlich sehr interessante Einzelheiten aus der Fülle seiner sorgsamen Beobachtungen. Wir erwähnen von denselben nur, dass bei einer Frau kleine blaue Furunkeln auftraten, welche, geöffnet, abheilten und einen blauen Entzündungsring hinterliessen, der durch Eisauflegen sich bekämpfen liess. Auch bei einem Mädchen zeigten sich zahlreiche Furunkeln. Bei einem jungen Mann traten zahlreiche Pusteln an der Unterlippe auf. Die Art der Erkrankung, welche bei der geschlachteten Kuh vorhanden gewesen, lässt sich durch Rückschluss der Krankheitserscheinungen beim Menschen eben so wenig sicher bestimmen, als man im Stande ist, aus den Beobachtungen desjenigen, der die Kuh behandelte, etwas Sicheres zu erfahren, da der betreffende eben ein sogenannter „Empiriker", das heisst kein gebildeter Arzt war. Er begann damit, die Kuh homöopathisch zu behandeln, griff jedoch schon am nächsten Tage zur Allöopathie, indem er dem Thiere eine grosse Dosis Brechweinstein und ein starkes Abführmittel eingab. Gegen die Ansicht, dass die Kuh an Milzbrand litt, spricht zwar nicht der Umstand, dass das Thier neun Tage lang krank gewesen, — denn Milzbrand kann allerdings in wenigen Stunden tödten, kann aber auch einen langsameren Verlauf von weit über einer Woche haben. Dagegen ist es allerdings auffallend, dass die übrigen Thiere, welche in dem Stalle sich befanden, nicht erkrankt sind, und dass man als Ersatz für das geschlachtete Thier ein anderes Rind eingestellt hat, ohne dass dasselbe erkrankt wäre. Ausserdem wurde darauf aufmerksam gemacht, dass nicht weniger als 43 Personen nach dem Genuss von gekochtem Fleisch erkrankt sind, von denen einige sogar sehr schweres Leiden davon trugen. Es ist eine längst erwiesene Thatsache, dass Personen von gekochtem und durchbratenem Fleische milzsüchtiger Thiere gegessen haben, ohne davon zu erkranken. Wiederholt wurde es actenmässig erwiesen, dass am Milzbrand erkrankte Thiere heimlich geschlachtet wurden, oder dass sogar ein von Obrigkeits wegen verscharrtes Thier während der Nachtzeit wiederum heimlich ausgegraben und verspeist wurde, ohne dass hiedurch Erkrankungen entstanden. Die vor einigen Jahren im Grunenwalde bei Berlin gefallenen Rehe und Hirsche gelangten nur selten in die Hände der absuchenden Jäger, sondern wurden von den Bauern als gute Beute erklärt und genossen, ohne dass ein Krankheitsfall zur Beobachtung gekommen wäre. Das französische Heer musste sich einst bei der

Digitized by Google

Belagerung von Strassburg sich überwiegend, wenn nicht gar ausschliesslich, von dem Fleische milzkranker Thiere nähren musste, und dass hierdurch der Gesundheitszustand des Heeres getrübt wurde. Im vorigen Jahre kam zur Beobachtung, dass über hundert Personen nachweislich in Folge des Genusses rohen Fleisches von einem an Milzbrand erkrankten Thiere krank wurden, während 22 Personen, die von gekochtem Fleische genossen hatten, gesund blieben. Vielleicht hatte sich bei der Kuh die am Euter beobachtete Entzündung nicht zu Ende der Woche erst entwickelt, sondern bestand von Anfang an und wurde nur von dem behandelnden „Empiriker" nicht bemerkt, und das Thier litt in Folge dessen vielmehr an Septicämie (fauliger Zersetzung des Blutes), nicht an Milzbrand; denn das Fleisch der an Septicämie erkrankten Thiere verliert durch Kochen nicht sein Gift wie das der milzbrandkranken. Hierdurch würde sich jenes auffallende Vorkommen erklären. Ein anderer Einwand gegen das Bestehen des Milzbrandes wurde daher genommen, dass die Kuh am Dienstag geschlachtet wurde, und dass die Personen, welche am Mittwoch und Donnerstag von dem Fleischer rohes Fleisch entnommen hatten, von Erkrankung frei blieben, während diejenigen, welche am Sonnabend Fleisch kauften, erkrankten oder starben. Das am Sonnabend entnommene Fleisch soll bräunlich ausgesehen, nicht elastisch und „schmierig" gewesen sein. Einige Personen wollen üblen Geruch und schlechten Geschmack wahrgenommen haben, so dass einer der Erkrankten statt seiner gewohnten Portion nur soviel wie etwa zwei wälsche Nüsse beträgt, genossen hatte; Andere haben nur süsslichen Geschmack und keinen üblen Geruch wahrgenommen. Daraus, dass das in den ersten Tagen nach dem Schlachten entnommene Fleisch keine Krankheit hervorrief, wohl aber das fünf Tage nach dem Tode des Thieres entnommene, schien hervorzugehen, dass das Gift im Anfange entweder nicht vorhanden oder minder wirksam gewesen, dass es sich erst im Laufe der Zeit entwickelt habe unter Einfluss der bei dem warmen Sommerwetter schnell vorschreitenden Zersetzung, und dass man es vielmehr mit einer Vergiftung durch faules Fleisch zu thun habe. Allein dagegen wurde eingehalten, dass einestheil keineswegs nachgewiesen worden ist, dass die am Mittwoch und Donnerstag gemachten Einkäufe auch von dem Fleische des am Tage zuvor geschlachteten Rindes herrührten; es ist vielmehr sehr denkbar, dass die Fleischer nicht ihren gesammten Vorrath von Rindfleisch bereits gänzlich aufgebraucht hatten, als sie das kranke Thier schlachteten nnd vertheilten, und dass sie demgemäss von dem früheren älteren Fleische zuerst verkauft haben werden, ehe sie das Fleisch des eben erst geschlachteten Thieres an ihre Kunden abgaben. Weiter aber ist einzuhalten, und spricht für das Vorhandensein des Milzbrandes, dass sich in dem Blute der drei Personen (von sechs gestorbenen Erwachsenen), deren Leichen der Section unterworfen wurden, Bacteridien (Bacillen) vorfanden, welche jetzt allgemein oder doch wenigstens von einer weit überwiegendeu grossen Anzahl aller wissenschaftlichen Aerzte und Thierärzte als Ursache oder Begleiter des Milzbrandes und daher in ihrem Vorkommen im Blute der Kranken oder Gestorbenen als ein Kennzeichen dieser Krankheit angesehen werden. Auch ist zu erwähnen, dass nach den neueren Untersuchungen die Bacterien auch nach dem Tode des Thieres, sowie unter günstigen Verhältnissen ausserhalb des thierischen Körpers sich fortentwickeln können, so dass hiermit die Möglichkeit gegeben ist, rohes Fleisch könne mehrere Tage nach dem Schlachten durch die in ihm enthaltenen Bacteridien einen höheren Grad der Ansteckungsfähigkeit gewonnen haben, als ein unmittelbar nach dem Tode des Thieres genossenes. Es sprach sich daher Bezirksarzt Dr. Butter aus Wurzen dahin aus, dass nicht nur Septicämie vorliege, sondern dass ein sehr energisch wirkendes und dem Milzbrand ähnliches Gift eingewirkt habe, und aus den Sectionsergebnissen des Darmes hatte Prof. Wagner die vollste Ueberzeugung gewonnen, dass Milzbrand vorliege. Die Erscheinungen bieten manches Auffallende und mit den bisherigen Beobachtungen nicht völlig

Digitized by Google

im Einklange Stehende. Wenn indessen Stimmen von solchem Gewichte, wie die eben erwähnten, und namentlich ein in seinen Aussprüchen so vorsichtiger Gelehrter wie der letztgenannte Forscher sich für das Vorhandensein des Milzbrandes aussprechen, so ist man auch berechtigt, der sich gern äussernden wissenschaftlichen Zweifelsucht Schweigen anzuempfehlen. Vielleicht handelt es sich im vorliegenden Falle gleichzeitig um Milzbrand und Septicämie. Wenn eine solche Vereinigung bisher noch nicht beobachtet wurde, so spricht dies noch nicht gegen die Möglichkeit ihres Bestehens. Die wirklich wissenschaftliche und exacte Thierheilkunde ist noch ziemlich jung. Ein Vorkommniss, welches selten ist, und das sich nur durch sehr genaue und exacte Forschung unwiderleglich feststellen lässt, kann daher recht wohl sich bisher der allgemeinen Kenntniss entzogen haben. Sind es doch auch erst wenig Jahrzehnte, dass wir die Trichinenkrankheit kennen gelernt haben, und stehen uns doch voraussichtlich noch manche Aufschlüsse auf dem Gebiete der Thierheilkunde bevor. (Gesundheit.)

572. Berliner medicinisch-physiologische Gesellschaft. — Sitzung vom 5. Februar 1877.

Herr Curschmann demonstrirt eine Kranke, die vor Beginn ihrer Krankheit, welche sie von einem schweren Falle auf den Kopf herleitet, wahrscheinlich gesund gewesen sei, jetzt (seit $^3/_4$ Jahren) an einer scharf abgegrenzten vollständigen Hemianästhesie linkerseits leide. Auch der Händedruck ist links schwächer und sie schleift auch das linke Bein etwas nach. Sie scheint nicht langsam gehen zu können, sondern beständig in unvollkommenem Bogen nach links und vorn übersteigen zu wollen. Leichte Parese des ganzen l. Facialis. Absolute Taubheit links, ohne dass die Untersuchung einen greifbaren Grund dafür zu finden vermöchte. Am linken Auge, welches durch eine fast vollständige Abducenslähmung beständig nach innen gerollt ist, fehlt das Sehvermögen und selbst die einfache Lichtperception vollständig. Der Augenspiegel constatirt eine starke weisse Verfärbung der Papille und einen beträchtlichen Aderhautdefect bei hochgradiger Myopie. Alle diese Dinge erklären jedoch nicht, wie Redner ausführt, das vollständige Fehlen des Gesichtssinns und namentlich der Lichtperception. Am rechten Auge findet sich übrigens gleichfalls eine wenn auch mässigere weisse Verfärbung der Papille. Der Geruchssinn ist in der linken Nasenhälfte vollständig erloschen, und die Geschmackswahrnehmung fehlt in der linken Zungenhälfte absolut. Die linke Zungenhälfte, sowie die ganze linke Hälfte der Mundhöhle und der Rachengebilde sind gefühllos. Die Zunge ist beim Hervorstecken stark nach rechts gerichtet. Bei weiterer Untersuchung des Kopfes, namentlich Beklopfen des Schädels, findet sich die rechte Seite des Hinterhaupts ausserordentlich empfindlich. Bei einem Anschlag, der an anderen Stellen und namentlich an der entsprechenden der linken Seite absolut nicht unangenehm empfunden wird, klagt die Kranke über den lebhaftesten Schmerz. Was den geistigen Zustand der Kranken betrifft, so ist dieselbe als schwachsinnig zu bezeichnen. Ihre Sprache zeichnet sich dadurch aus, dass sie vielfach in den Worten die Silben verstellt oder in bestimmter, fast regelmässiger Weise die Silbe „vor“ in die Silben, vorzugsweise der Eigenschaftswörter und der Hauptwörter einschiebt. Während des $^3/_4$jährigen Aufenthaltes der Kranken im Lazareth wurden bei derselben von Zeit zu Zeit in unregelmässigen Pausen Schwindelanfälle, verbunden mit Schmerzen im Hinterkopf, Brechneigung und wirklichem Erbrechen beobachtet. In der letzten Zeit sind diese Attaquen häufiger und intensiver. Während die Kranke früher wegen derselben nur einen halben, höchstens einen ganzen Tag das Bett hüten musste, dauerte dies jetzt oft 2 Tage und länger. Sehr bemerkenswerth ist, dass bei der Patientin während der letzten 3 Monate Sensibilitätsstörungen auch an der Haut der rechten oberen und unteren Extremität nachweisbar sind. Sie selber klagt namentlich über Formicationen in der rechten Fingerspitze. Es scheint auch,

Digitized by Google

obgleich sich dies nicht ganz präcis controliren lässt, wie wenn an der rechten Seite leichte Beeinträchtigungen der Motilität sich geltend machten. Vor allem macht der Vortragende auf die grosse Schwierigkeit aufmerksam, die für die Auffassung des Falles darin liegt, dass die Erscheinungen von Seiten der Hirnnerven auf derselben Seite mit den Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen des Rumpfes und der Extremitäten sich zeigen. Die nahe liegende Annahme, es möge der ganze Krankheitszustand als ein hysterischer aufzufassen sein, glaubt er zurückweisen zu müssen. Der geistige Zustand der Kranken hat nicht im entferntesten Aehnlichkeit mit dem der Hysterie zukommenden. Von dem letzteren liesse sich ferner nicht die oben beschriebene Art der Locomotionsstörungen ableiten. Auch die Störungen von Seiten der Sinnesorgane passen insofern nicht in den Rahmen der Hysterie, als sich namentlich am linken Auge palpable Veränderungen finden, deren Art auf eine intracranielle Affection deutet, zum Theil wenigstens die Sehstörungen erklärt. Der Vortragende neigt weit mehr dazu, an eine resp. multiple Herderkrankung im Gehirn zu denken. Ueber die Natur derselben glaubt er sich sehr reservirt aussprechen zu müssen. Es könnte sich um wenig gefährliche, nur langsam wachsende multiple Tumoren der Dura handeln, vielleicht traumatischen Ursprungs (früher erwähnter Fall auf den Kopf). Auch für multiple Sclerose liesse sich manches vorbringen. Ueber den Sitz der Herdaffection lassen sich gleichfalls nur Vermuthungen aufstellen. Ein einzelner Herd reicht zur Erklärung nicht aus. Es müssen wenigstens 2 Herde angenommen werden. Redner geht auf einzelne Möglichkeiten des Sitzes näher ein und betont namentlich noch die Schwierigkeit, die für eine genaue Localisation in dem Umstand liegt, dass die Störungen von Seiten der Hirnnerven und der Nerven des Rumpfs und der Extremitäten sich auf derselben Seite äussern. Zur Discussion erhält das Wort:

Herr Remak: Herr Remak, welcher vor zwei Jahren die Patientin durch viele Monate in der Nervenklinik der Charité beobachtete, ist nach vielfachen Versuchen, eine Herddiagnose zu stellen, namentlich auch mit Rücksicht auf das psychische Verhalten, zu der Ueberzeugung gekommen, dass Hysterie vorliegt. Die linksseitige Abducenslähmung sei nur mit Vorsicht zu verwerthen, da es sich um eine alte Affection handelt bei einem hochgradig myopischen Auge mit ausgedehnten Choroidealveränderungen und Glaskörpertrübungen, das für ein binoculares Sehen niemals verwerthbar gewesen wäre. Auch eine geringe Verfärbung des Sehnerven scheint bei so schweren anderweitigen Störungen des Augenhintergrundes diagnostisch nicht verwerthbar. In der Diagnose Hysterie werde er durch den ihm neuen Befund der linksseitigen Hemianästhesie noch bestärkt, da dieselbe nach Briquet und Charcot ein häufiges Symptom schwerer Hysterie ist. R. selbst beobachtete eine vollständige Hemianaesthesia sinistra in einem schon anderweitig beschriebenen Fall mit linksseitigem Ovarialtumor.

Herr Wernicke: Er glaube von der Annahme einer Hysterie absehen zu müssen. Dagegen spreche der Schwachsinn und die eigenthümliche Sprachstörung, welche letztere einen aphasischen Charakter habe. Wenn man auf die Hysterie der halbseitigen Anästhesie wegen zurückgreife, so sei ja nachgewiesen, dass dieses Symptom auch bei Herderkrankungen an der hinteren inneren Kapsel vorkomme, und scheine in der That die Verbindung der totalen Anästhesie mit den Störungen der gleichseitigen Sinnesnerven dafür zu sprechen, dass man jene Stelle in's Auge fassen müsse. Die Krankheit ist eine langsam progressive, wie daraus zu ersehen, dass die Sprachstörung wie die Geistesstörung zugenommen hat. Diesem Verlaufe und den Erscheinungen entspreche am meisten die Annahme einer multiplen Sclerose; dadurch erkläre sich auch, dass noch ein Hirnnerv an einer anderen Stelle, am Pons, getroffen sei, und es würden also zwei erkrankte Stellen nach den Symptomen anzunehmen sein, was nicht das Vorhandensein noch anderer Herde ohne Symptome ausschliesst.

Herr Curschmann: Er glaube mehr an eine Herderkrankung denken

Digitized by Google

zu müssen, ob gerade an Sclerose, das möchte er dahingestellt lassen. Er habe auch daran gedacht, aber es sei ihm nicht wahrscheinlicher geworden, als irgend welcher andere Process, z. B. Tumoren an der Basis. Multiple würde man allerdings annehmen müssen, wie das ja vorkomme, solche, die wenig vascularisirt sind, die keine besonderen Erscheinungen machen und langsam oder fast gar nicht wachsen. Auf diese Idee sei er auch dadurch gekommen, dass, so oft man die Kranke auch frage, ihre Aussagen immer wieder auf das angegebene Trauma als Ursache der Krankheit hindeuten. Er wolle übrigens nicht gegen die Sclerose sich aussprechen, glaube aber nicht, dass man die Herderkrankung darauf zurückführen könne.

Herr Westphal: Wenn es sich in einem solchen Falle um die Diagnose handle, so sollte man zunächst nicht von anatomisch-physiologischen Gesichtspunkten ausgehen, sondern sich erst fragen, ob ähnliche Krankheitsbilder bekannt sind. So müsse er sagen, dass fast alle Erscheinungen denen entsprechen, welche man erfahrungsgemäss bei hysterischen Anästhesien findet, wie dies bekannt genug sei; er beobachte auch gegenwärtig in der Charité einen solchen Fall mit Anästhesie einer Körperhälfte mit gleichzeitiger Abstumpfung der Sinnesorgane derselben Seite. Man weiss, dass solche Krankheitsbilder vorkommen, ohne dass nach dem Tode ein Herd gefunden wird. Nun handle es sich hier allerdings um eine Person, welche andere ausgesprochene hysterische Erscheinungen, besonders hysterische Anfälle, nicht zeigt. Dieser Einwurf sei aber nicht stichhaltig; denn man brauche hier das Wort hysterisch in einem allgemeineren Sinne für Zustände allgemeiner Neurosen überhaupt, im Gegensatz zu palbablen Erkrankungen des Centralnervensystems. Zudem sei die Anamnese nicht bekannt. Wenn gesagt worden sei, dass Hysterische nicht schwachsinnig würden, so könne er das nicht zugeben. Die Sprachstörung habe zwar eine gewisse Aehnlichkeit mit der bei der Sclerose vorkommenden, unterscheide sich aber doch von dieser dadurch, dass sie mehr psychisch bedingt erscheine. Die Kranke spreche wie ein albernes Kind, so wie auch ihr ganzes Wesen diesen Eindruck mache, was auch der Hysterie entspreche. Mit den Charcot'schen Fällen von Hemianästhesie bei Herderkrankung habe der Fall keine Aehnlichkeit. Der Gang der Kranken sei ebenso albern wie ihre Sprache; sie mache allerlei Bewegungen mit den Beinen, auf beiden Seiten, sei aber nicht hemiplegisch. Endlich wolle er noch hervorheben, dass die Zunge beim Vorstrecken so auffallend deviire, wie dies bei gewöhnlichen Hemiplegien kaum je, wohl aber bei Hysterischen vorkomme. So enstehe ein Krankheitsbild, welches der Erfahrung entspreche, und wobei gewisse psychische Zustände mit eine Rolle spielen.

Herr Curschmann: Der Hysterie scheine doch der Befund an der Papille nicht zu entsprechen; auch die Gehstörung lasse mehr und etwas Charakteristischeres erkennen als die blosse Unachtsamkeit einer Hysterischen oder Geistesschwachen. Besonders gelte dies von der eigenthümlichen Tendenz der Patientin, nach vorwärts sich zu bewegen. Er erkläre dies dadurch, dass sie im linken Fuss eine mangelnde Stütze habe und deshalb rasch den rechten vorsetzt. Gerade das Vorwärtslaufen scheine zu bestätigen, dass es sich um instinctives Ausgleichen handle. — Der psychische Zustand lasse sich ebenso gut durch eine primäre Herderkrankung erklären, da ja bekanntlich Hirntumoren oft psychische Alteration und gerade Schwachsinn zur Folge haben. Hiermit wurde die Discussion abgebrochen.

Herr Remak hält den angekündigten Vortrag zu den Sensibilitätsstörungen der Tabes dorsalis. In einer einleitenden Uebersicht derjenigen pathologischen Thatsachen, welche eine Localisation der spinalen Leitungsbahnen der verschiedenen Empfindungsqualitäten beim Menschen in ähnlicher Weise gestatteten, wie dies experimentell an Thieren gelungen ist, verweist er darauf,

Digitized by Google

dass verschiedene pathologisch-anatomische Substrate für differente partielle Empfindungslähmungen noch nicht vorlägen, dass aber klinisch gesonderte Bahnen der einzelnen Empfindungsqualitäten dadurch erwiesen wären, dass verschiedene Empfindungsqualitäten zeitlich von einander gesondert das Sensorium erreichen können. Seine vor 3 Jahren veröffentlichte Beobachtung von zeitlicher Incongruenz der Berührungs- und Schmerzempfindung bei Tabes dorsalis, von Leyden, Erb und Herzberg bestätigt, hat ihn zu der von Schiff zuerst bei Thieren nachgewiesenen Annahme geführt, dass Verlangsamung der Schmerzempfindung ein nur der Einengung der grauen Substanz zukommendes Phänomen ist, während die Hinterstränge der Leitung der tactilen und thermischen Reize dienten, deren Degeneration wohl Ausfall und Herabsetzung dieser Empfindungen, nicht aber Verlangsamung derselben hervorrufen könne. Diese Annahme ist nach Untersuchungen von Leyden und Goltz dahin zu berichtigen, dass die gröbste Verlangsamung in der That schmerzhaften Reizen zukommt, thermische Reize aber ebenfalls eine wenn auch viel geringere Verlangsamung erleiden können. Da die Einstrahlungen der hinteren Wurzeln sich aber nirgends direct in verticale Hinterstrangfasern umsetzen, sondern erst mittelst der grauen Substanz mit diesen in Verbindung treten, so kann die geringe, auch für thermische Reize beobachtete Verlangsamung von dieser kurzen Passage grauer Substanz abgeleitet werden. Während die Leitung des Gemeingefühls auch nach den Untersuchungen von Burckhardt in die hinteren Theile der grauen Substanz mit Sicherheit verlegt werden muss, ist es noch nicht möglich, die einzelnen Empfindungsqualitäten (Tast-, Druck-, Temperatursinn) im einzelnen in ihren spinalen Bahnen zu localisiren, wenn das auch durch die klinische Beobachtung erforderlich erscheint. Ja es scheinen selbst Beobachtungen von Friedreich von Degeneration der Hinterstränge ohne Sensibilitätsstörungen der Annahme einer wesentlichen Mission derselben für die Sensibilität im Wege zu stehen, da nach Schiff ein Vicariiren der grauen Substanz für die Leitung der Tastempfindung nicht statt hat. Die Untersuchungsmethoden der Sensibilitätsstörungen der Tabes und ihre Semiotik sind ihrer physiologisch-pathologischen Erkenntniss vorausgeeilt. In neuerer Zeit ist noch die Untersuchung der Bewegungsempfindung der Haut (eine modificirte Raumsinnprüfung) durch Leube hinzugekommen. Herr R. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine noch nirgends beschriebene, von ihm zuerst in einem Falle von Tabes, dessen Geschichte er gibt, beobachtete Sensibilitätsanomalie, welche in dem zeitlichen Ablauf der Empfindung bei unverändertem Reize beobachtet wird. Bei der Feststellung des Empfindungsminimums, nach der Methode von Leyden mit dem faradischen Cirkel oder auch mit dem faradischen Pinsel zeigt sich, dass die bei einem gewissen Rollenabstand der Inductionsspirale eintretende minimale elektrische Empfindung nach einer gewissen Verstärkung allmälig wieder verschwindet, bei unveränderter Reizung einige Zeit ausbleibt, alsdann im abgeschwächten Masse wiederkehrt, wieder ausbleibt, vielleicht noch einmal wiederkehrt, endlich ganz verschwindet. Um die Sensation wieder hervorzubringen, muss die Inductionsrolle weiter hineingeschoben werden. Dann wiederholt sich dasselbe Spiel, dass bei gleichbleibendem Reize die Empfindung periodisch zu Stande kommt, so zwar, dass die Empfindungsgrösse und Empfindungsdauer immer geringer wird, die Pausen immer grösser werden. Endlich wird eine Grenze des Rollenabstandes erreicht, bei welcher die Schmerzempfindung eintritt. Er weist nach, dass diese eigenthümliche Empfindungsstörung auf physikalischen Eigenthümlichkeiten des Apparates nicht beruht, mit den physiologischen Erfahrungen im Widerspruch steht, insofern als sonst im Gegentheil durch fortdauernde faradische Reize eine Potenzirung der Wirkung zu Stande kommt. Auch komme diese Erschöpfungswirkung dem faradischen Reize als solchem nicht zu, da dieser vielmehr als Antianästheticum bekannt ist. Auch weist er darauf hin, dass, wo sonst Erschöpfungswirkungen angenommen wurden, es sich um starke Reize handelt.

Digitized by Google

zu müssen, ob gerade an Sclerose, das möchte er dahingestellt lassen. Er habe auch daran gedacht, aber es sei ihm nicht wahrscheinlicher geworden, als irgend welcher andere Process, z. B. Tumoren an der Basis. Multiple würde man allerdings annehmen müssen, wie das ja vorkomme, solche, die wenig vascularisirt sind, die keine besonderen Erscheinungen machen und langsam oder fast gar nicht wachsen. Auf diese Idee sei er auch dadurch gekommen, dass, so oft man die Kranke auch frage, ihre Aussagen immer wieder auf das angegebene Trauma als Ursache der Krankheit hindeuten. Er wolle übrigens nicht gegen die Sclerose sich aussprechen, glaube aber nicht, dass man die Herderkrankung darauf zurückführen könne.

Herr Westphal: Wenn es sich in einem solchen Falle um die Diagnose handle, so sollte man zunächst nicht von anatomisch-physiologischen Gesichtspunkten ausgehen, sondern sich erst fragen, ob ähnliche Krankheitsbilder bekannt sind. So müsse er sagen, dass fast alle Erscheinungen denen entsprechen, welche man erfahrungsgemäss bei hysterischen Anästhesien findet, wie dies bekannt genug sei; er beobachte auch gegenwärtig in der Charité einen solchen Fall mit Anästhesie einer Körperhälfte mit gleichzeitiger Abstumpfung der Sinnesorgane derselben Seite. Man weiss, dass solche Krankheitsbilder vorkommen, ohne dass nach dem Tode ein Herd gefunden wird. Nun handle es sich hier allerdings um eine Person, welche andere ausgesprochene hysterische Erscheinungen, besonders hysterische Anfälle, nicht zeigt. Dieser Einwurf sei aber nicht stichhaltig; [illegible] man brauche hier das Wort hysterisch in einem allgemeineren Sinne für Zustände allgemeiner Neurosen überhaupt, im Gegensatz zu palbablen Erkrankungen des Centralnervensystems. Zudem sei die Anamnese nicht bekannt. Wenn gesagt worden sei, dass Hysterische nicht schwachsinnig würden, so könne er das zugeben. Die Sprachstörung habe zwar eine gewisse Aehnlichkeit mit der bei Sclerose vorkommenden, unterscheide sich aber doch von dieser dadurch, dass mehr psychisch bedingt erscheine. Die Kranke spreche wie ein albernes Kind, so wie auch ihr ganzes Wesen diesen Eindruck mache, was auch der Hemianästhesie entspreche. Mit den Charcot'schen Fällen von Hemianästhesie bei Herderkrankung habe der Fall keine Aehnlichkeit. Der Gang der Kranken sei ebenso wie ihre Sprache; sie mache allerlei Bewegungen mit den Beinen, auch nach beiden Seiten, sei aber nicht hemiplegisch. Endlich wolle er noch hervorheben, dass die Zunge beim Vorstrecken so auffallend deviire, wie dies bei gewöhnlichen Hemiplegien kaum je, wohl aber bei Hysterischen vorkomme. So entstehe ein Krankheitsbild, welches der Erfahrung entspreche, und wobei gewisse psychische Momente mit eine Rolle spielen.

Herr Curschmann: Der Hysterie scheine doch der Befund an der Pupille nicht zu entsprechen; auch die Gehstörung lasse mehr und etwas Charakteristischeres erkennen als die blosse Unachtsamkeit einer Hysterischen oder Schwachen. Besonders gelte dies von der eigenthümlichen Tendenz der Kranken nach vorwärts sich zu bewegen. Er erkläre dies dadurch, dass sie den Fuss eine mangelnde Stütze habe und deshalb rasch den rechten vorsetze, das Vorwärtslaufen scheine zu bestätigen, dass [illegible] eine [illegible] handle. — Der psychische Zustand lasse sich [illegible] erkrankung erklären, da ja bekanntlich Hi[illegible] und gerade Schwachsinn zur Folge haben.

Herr Remak hält [illegible] störungen der Tabes [illegible] pathologischen Thatsachen, der verschiedenen Empfind[illegible] statteten, wie dies experi[illegible]

Digitized by Google

r
h
er
en
ien
hen
urde
ruor
llen.
, in

urch
einer
eine in
hrt zur
rmuthen,
dungsreiz
diese Ver-
Physiologie
Fall sehr
össe kleiner
Er hat den

Digitized by Google

Eine gewisse Analogie bieten aber Beobachtungen von Urbantchitsch am Gehörapparat. Die weitere Untersuchung zeigte nun auch, dass diese Erschöpfungsreaction der Empfindung nicht dem faradischen Reize allein zukommt, sondern ebenso der Druck- und Temperaturempfindung. Ganz abgesehen davon, wie die Unterscheidungsfähigkeit verschiedener Druck- und Wärmegrade ist, kann bei gleichbleibendem Reiz ein völliges Verschwinden der Empfindung trotz darauf gelenkter Aufmerksamkeit eintreten, was durch Beispiele erläutert wird. Nur die Periodicität der Empfindung kam hier nicht zur Beobachtung. Diese Sensibilitätsanomalie ist nur eine scheinbare Abweichung des psycho-physischen Grundgesetzes der Empfindung, da sie offenbar nicht den reizempfindenden Elementen, sondern reizleitenden Systemen, wahrscheinlich des Rückenmarkes, zukommt, deren Localisation noch nicht möglich ist. Zur diagnostischen Verwerthung ist diese Sensibilitätsstörung geeignet, da sie auch vorkommt in Fällen von Tabes mit sehr geringen quantitativen Sensibilitätsstörungen. Sie ist aber nicht constant und deshalb ihr eine semiotische Bedeutung nur mit Vorsicht zu vindiciren. Es wäre aber möglich, dass die durch die betreffende Sensibilitätsanomalie der Fusssohlen bedingte Ungleichmässigkeit der Empfindung in Betracht kommt für das Romberg'sche Symptom des Schwankens mit geschlossenen Augen in solchen Fällen, wo andere Störungen der Sensibilität nicht nachweisbar sind, worauf gewisse Angaben der Kranken deuten. Soweit Herr R. Gelegenheit hatte, in Fällen von peripherer und cerebraler Anästhesie auf die fragliche Empfindungsstörung zu prüfen, hat er sie nicht gefunden. Doch bleibe das weiterer Prüfung vorbehalten. —

Herr Leyden fragt, ob vielleicht die Aufmerksamkeit Einfluss auf die Wahrnehmung der Reize habe, weil er beobachtet hat, dass die Tabischen, wenn sie aufmerksam sind, leichter wahrnehmen, bei Erschöpfung dagegen auch die Empfindung schlechter wird.

Herr Remak versichert, dass bei den zahlreichen Versuchen, welche er angestellt habe, nicht daran zu denken war, dass die beschriebene Erscheinung lediglich von einem Wechsel der Aufmerksamkeit abhinge, zumal letztere bei dem Patienten, welcher eine therapeutische Absicht vermuthete, eine sehr gespannte war, die Resultate auch unter sich übereinstimmten. Er erinnert, dass ein Verschwinden des Druckgefühls bei Tabeskranken auch an den Händen beobachtet wird. Sie vergessen, dass sie etwas in der Hand haben.

Herr Jastrowitz fragt, ob die einzelnen Versuchsreihen unter sich congruent waren; denn das würde das einzige Kriterium dafür sein, dass das Bewusstsein ausgeschlossen war.

Herr Remak: Die einzelnen Zahlenwerthe stimmen nicht in verschiedenen Versuchstagen, was auf Ungleichmässigkeit der Wirkung des Apparats und der Leitungsverhältnisse der Haut beruht. Dasselbe beobachtet man am motorischen Nerven.

Herr M. Meyer richtet an den Vortragenden die Frage, ob er diese Erscheinung nur bei Tabes und nie bei anderen Krankheiten beobachtet habe.

Herr Remak wiederholt, dass er analoge Beobachtungen bei anderweitigen Anästhesien nicht gemacht habe.

573. Physiologische Gesellschaft zu Berlin. — Sitzung am 27. Juli 1877.

Herr Dr. Sachs berichtet über den anatomischen Theil seiner in Venezuela angestellten Untersuchungen über Gymnotus electricus und demonstrirt einige dahin gehörige Präparate. Eine kurze Darstellung der Resultate dieser Arbeit ist bereits erschienen (Archiv für Anat. u. Phys. v. du Bois-Reymond und Braune-His, 1877, physiol. Theil, Heft I.); die daselbst gegebene Skizze des Rückenmarksdurchschnittes enthält einen Irrthum, dessen Berichtigung vor

Digitized by Google

Erscheinen der ausführlichen Monographie wünschenswerth erscheint: das Centralorgan der elektrischen Nerven ist als eine den Centralcanal völlig durchfliessende Masse von Ganglienzellen dargestellt, während dasselbe in Wirklichkeit eine V-förmige, den Centralcanal nur von hinten und von den Seiten umschliessende Figur auf dem Durchschnitt darstellt.

Hierauf hält Herr G. Salomon den angekündigten Vortrag: „Zur Chemie des Blutes."

Redner hat vor einiger Zeit über eine Reihe von Untersuchungen berichtet, welche zu dem Nachweise von Glycogen im Eiter geführt hatten. Es war anzunehmen, dass auch im Blut, entsprechend seinem Gehalt an weissen Rundzellen, Glycogen sich werde nachweisen lassen. In der Crusta granulosa des Pferdebluts fand sich in der That ein geringes Quantum einer Substanz, die mit Jod die Glycogenreaction gab. Der Vortragende hat seitdem eine grössere Zahl von Blutuntersuchungen mit Rücksicht auf etwaigen Glycogengehalt ausgeführt. Zunächst wurde in zwei Fällen von Leukämie hohen Grades je eine Quantität Schröpfkopfblut analysirt. Der enorme Gehalt an weissen Blutkörperchen schien hier besonders günstige Chancen für die Prüfung auf Glycogen zu bieten. Es fand sich beide Male eine Substanz, die in wässeriger Lösung opalescirte, auf Jod sich roth färbte und nach dem Erwärmen mit SCO_3 Kupferoxyd reducirte; einmal wurde auch (ohne Säurebehandlung) eine deutliche Rechtsdrehung der Polarisationsebene constatirt. Weiterhin liess sich aber auch in dem Aderlassblut eines Rheumatikers, sowie in dem arteriellen Blut eines Hundes mittelst Jodreaction und Kupferreduction nach Säurebehandlung, Glycogen nachweisen. Selbst in dem Blut zweier menschlicher Leichen, von denen die eine $1^1/_2$ Stunden, die andere 9 Stunden nach dem Tode zur Untersuchung gelangte, fand sich Glycogen vor. Rechtsdrehung ohne vorherige Säurebehandlung bestand beide Male, das eine Mal bis zu 0·8 Proc. (im Soleil-Ventzke'schen Apparat). In drei anderen Fällen ergab die Untersuchung von Aderlassblut auf Glycogen ein negatives Resultat, vielleicht in Folge kleiner Versuchsfehler, die bei den geringfügigen Mengen von Glycogen, um die es sich hier überhaupt nur handeln konnte, schon schwer in's Gewicht fallen mussten. Der Vortragende glaubt auf Grund seiner vorwiegend positiven Befunde das Glycogen als einen häufigen, vielleicht einen normalen Bestandtheil des Blutes ansprechen und seinen Sitz mit grosser Wahrscheinlichkeit in die weissen Blutkörperchen verlegen zu dürfen. Um letztere Annahme über jeden Zweifel zu erheben, würde es allerdings einer vergleichenden Untersuchung von Crusta granulosa und Cruor desselben Blutes bedürfen. Redner beabsichtigt diese Lücke noch auszufüllen. Der Glycogengehalt des Blutes scheint, soviel sich bis jetzt übersehen lässt, in keiner directen Beziehung zur Glycogenbildung in der Leber zu stehen.

Herr Adamkiewicz: 1. Ueber Ausscheidung von Jod durch die Haut. Bei längerem Gebrauch von Jodkalium stellt sich neben einer Affection der Schneider'schen Membran, die den Schnupfen veranlasst, eine in disseminirten Herden auftretende Entzündung der Haut ein. Dieselbe führt zur Eiterung und erzeugt dadurch die sogenannte Acne. — Es lag nahe, zu vermuthen, dass das Jodkalium selbst in die Haut gelangt und hier den Entzündungsreiz für die Pusteln der Acne setze. Man hat indessen den Beweis für diese Vermuthung bisher nicht geliefert, und daher die ganze Erscheinung für die Physiologie der Haut nicht verwerthen können. Der Vortragende hat in einem Fall sehr intensiv auftretender Jodkaliumacne, bei der die Pusteln fast die Grösse kleiner Furunkeln erreichten, das Jod im Inhalt derselben nachgewiesen. Er hat den Eiter möglichst rein isolirt, auf Objectgläsern eintrocknen lassen und dann mit Stärkekleister verrieben. Ein Tropfen einer viele tausend Mal verdünnten Lösung von rauchender Salpetersäure brachte dann in dem Gemisch die charakteristische, immer makroskopisch wahrnehmbare Blaufärbung der Jodstärke hervor. Das Reagens war nur in der bezeichneten sehr starken Verdünnung mit Erfolg zu

Digitized by Google

verwenden. Bei grösserer Concentration bewirkte es neben der Zersetzung des Jodsalzes auch die Zerstörung des gegen Oxydation sehr empfindlichen Jodstärkeblaues. Das physiologische Interesse, das der Nachweis des Jods im Inhalt der Acnepusteln gewinnt, knüpft sich an die Frage nach dem Ort und den Wegen der Ausscheidung des Jodsalzes in der Haut und nach den Ursachen des disseminirten und nicht diffusen Auftretens der Entzündung in derselben. Die letzte genannte Erscheinung hat ihren Grund in der Thatsache, dass sich bei Jodkalium-Genuss nur die Follikel der Härchen in der Haut entzünden. Dieser Umstand weist mit Nothwendigkeit auf die Talgdrüsen der Haut als die ausscheidenden Organe des Jods hin. Denn die Talgdrüsen stehen überall in engster Verbindung mit den Bälgen der Haare; — und die Ausscheidung differenter in den Körpersäften kreisender Stoffe durch Drüsen ist eine durch die bekannten Functionen der Speicheldrüsen (Quecksilber), der Leber (Eisen) u. s. w. längst gesicherte Thatsache der Physiologie. — Die Schweissdrüsen können bei der Ausscheidung des Jods in der Acne nicht betheiligt sein, da sie mit den Bälgen der Hauthärchen in keiner anatomischen Beziehung stehen und da gerade an denjenigen Orten der Haut, wo die Schweissdrüsen besonders zahlreich vorkommen (Vola der Hand und Planta des Fusses) die Acne fast regelmässig vermisst wird. Der Grund, weshalb das Jodkalium gerade die Follikel der Hauthärchen und die Talgdrüsen selbst entzündet, während es in allen Geweben und Organen, in die es, wie bekannt, wegen seiner grossen Diffusibilität ebenfalls gelangt, keinen Schaden anrichtet, mag darin zu finden sein, dass entsprechend der grossen Trägheit des Stoffwechsels in den Horngebilden der Haut, die Ausscheidung des Jods in den Talgdrüsen sehr langsam erfolgt. Hier mag es daher Zeit finden, als Reiz zu wirken, während ihm diese in den übrigen von den Säften lebhafter durchströmten Geweben wahrscheinlich fehlt.

Derselbe: 2. Zur Physiologie des Peptons. Viele Forscher sind der Ansicht, dass von dem Eiweiss der Nahrung nur derjenige Theil zur Bildung von Zellen und Geweben beitrage, welcher im Magen der Verdauung entgangen sei, dass dagegen das Product der Verdauung selbst, das Pepton, nur das Schicksal habe, im Körper zu zerfallen. Der Vortragende hat in einer grösseren Arbeit (Natur und Nährwerth des Peptons. Berlin bei Hirschwald. 1877) dem entgegen den Beweis geführt, dass das Pepton thatsächlich organisirt wird. Jetzt hat er umgekehrt sich die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, ob sich Pepton und Eiweiss in Bezug auf die Zersetzung im Darm analog verhalten, oder ob, der allgemeinen Ansicht entsprechend, jenes den Bedingungen derselben mehr unterliegt, als dieses. Die Hauptquelle der Eiweisszersetzung im Darm ist das Pankreas, und unter den Producten der von ihm bewirkten Zersetzung ist das Indol quantitativ am lebenden Thier zu bestimmen, da es als Indican in den Harn gelangt und hier (nach der Zerlegung) als Indigoblau direct gemessen werden kann (Jaffe, Salkowski). — Der Vortragende hat Hunde, die sich im Stickstoffgleichgewicht befanden, mit Pepton und reinem Fleisch gefüttert und gefunden, dass nur das letztere das Indican im Harn auffallend vermehrte, das erstere nicht. — Daraus folgt, dass das Pepton den Bedingungen des Zerfalles im Darm nicht nur nicht mehr, sondern weniger unterliegt, als das unverdaute Eiweiss. — Es ist sehr wahrscheinlich, dass er denselben sich durch eine frühzeitige Resorption zum Theil entzieht.

(Deutsche medicinische Wochenschrift.)

574. Wiener medicinisches Doctoren-Collegium. — Wissenschaftliche Versammlung am 21. Mai 1877. Ein Fortschritt in der psychiatrischen Diagnostik. Vortrag von Herrn Professor Dr. Theodor Meynert.

Der Vortragende bemerkt, dass seine Darstellung eines historischen Rückblicks bedürfe, natürlich nicht weiter, als bis dahin, wo sich der Anknüpfungs-

Digitized by Google

punkt für die heute in der Praxis als Psychiatrie begriffene Disciplin findet: Bekanntlich ist die Psychiatrie eines der unvollkommensten medicinischen Fächer, weil hier am meisten die Vorarbeiten zu den nachträglichen Dingen gehören, weil hier Abirrungen vom naturwissenschaftlichen Standpunkte noch möglich werden, wie Guislain widerfuhr, dem ein „gewisses Etwas" verbot, anzunehmen, dass die Leistungen des Gehirns von dessen Zellen und Fasern abhängen. Wesentlich ist von der Psychiatrie nur der descriptive (nosologische) Theil vorhanden, den, in meisterhaft objectiver Schilderung der Irren, Esquirol umfassend bewältigte, der wahrhafteste klinische Psychiater. Sein Buch ist (mit Ausnahme der Krisenlehre) als ein noch nicht veraltetes Lehrbuch anzusehen. Diese Dauer verleiht ihm vielleicht die Systemlosigkeit seiner Darstellung, die ihn ungebunden die Krankheitsbilder, die er scharf zu umgrenzen vermag, schildern lässt. Er ist mit Recht reicher an Formen als seine Nachfolger. Er scheidet Melancholie, Manie und Tobsucht (Wuth), nicht blos Melancholie und Manie, wenn er gleich der Manie von der Wuth zu viele Zeichen zumisst und das klare Bild derselben stört. Er hebt mit praktischer Unzugänglichkeit gegen hindernde Eintheilungsgründe die „Erkrankungen des Wochenbettes und der Lactation" als besondere Form hervor, wohl der gemeinsamen Prognose wegen, welche sie auch unter ungleichen Erscheinungen geben. Er kennt einen blos hallucinatorischen und einen durch Illusionen charakterisirten Irrsin. Er scheidet die Daemonomanie von der Melancholie, er urtheilt daher nicht so stumpf, um eine Verrücktheit, einen Verfolgungswahn mit der Melancholie für Eines zu halten. Er sagt: Die stets düstern, lebenslang klagenden Kranken gehören den Dichtern, nicht den Aerzten. Er kennt demnach den Uebergang beispielsweise der Melancholie in Verwirrtheit und Blödsinn, doch berührt er zunächst nur als Citat nach Boerhave, den Fall, dass der Manie öfter Melancholie vorangehe, der ihm selten vorzukommen scheint. Esquirol kennt auch eine primäre Verwirrtheit, und, was das Wichtigste ist, es fällt ihm nicht ein, die Krankheitsbilder ausser der Manie und Melancholie für secundäre, aus ersteren hervorgegangene unheilbare Formen zu halten. Bezüglich der Paralyse der Irren erinnert sich Esquirol bei anscheinend leicht Erkrankten wegen einer Asymmetrie im Gesichte gleich eine schlimme Prognose gestellt zu haben. Den einzigen, durchaus nicht consequent durchgeführten Versuch einer systematischen Auffassung macht Esquirol hinsichtlich der Melancholie im Sinne Pinel's, die er in die Lypemanie (Melancholie, traurige Verstimmung) und die Amenomanie (heitere Verstimmung) theilt. Hiebei hat er Glieder einer allgemeineren Krankheitsgruppe im Auge: nämlich der Monomanie, d. i. der Irrsinnsformen, welche nur von einem eingeschränkten Delirium begleitet sind (wir sagen Wahnideen), und sich zunächst von solchen mit allgemeinem Delirium, Manie, Tobsucht unterscheiden. In der Darstellung kommt Esquirol nicht mehr auf besondere Schilderung der Amenomanen zurück, sondern handelt von dem Reste der Monomanen, die nach Erledigung der Lypemanen und Amenomanen (?) als dritte Form, den Stammnamen behaltend, geschildert werden. Dabei ist ein grosser Theil der Amenomanen mit eingeschlossen. Solche systematische Inconsequenzen verursachen jedem Deutschen einen heftigen Seelenschmerz, der aber durch die unbefangene Naturschilderung, wie sie Esquirol gibt, zu heilen wäre. An der Lehre der Monomanie zerschellte eine einheitliche Anschauung der deutschen und französischen Autoren, und zwar wegen des grossen, übrigens nicht erst von Esquirol begangenen Fehlers, statt an Kranke mit eingeschränktem Delirium, an Kranke mit einzelnem, und zwar wesentlich in den Handlungen (Diebstahl, Trunk, Mord, Brand), hervortretendem Delirium zu glauben, d. i. das Wort Monomanie für einen Theil von Fällen wörtlich zu nehmen. Diese bedenkliche Anschauung zu verwerfen, bleibt zweifellos recht. Aber damit verschwanden thatsächlich die Monomanen überhaupt nicht, jene Anzahl von primären Kranken, welche nicht Melancholiker, Maniaci oder Furibundi waren. Der auf so vielen klinischen Gebieten bahn-

Digitized by Google

brechende Griesinger wurde in Deutschland durch sein Lehrbuch der Führer einer Generation von Psychiatern, und weiterhin, besonders in Dingen, welche sein Lehrbuch nicht enthält, durch die seiner würdige Befähigung, eigene falsche Lehren zu widerrufen, auch eine massgebende Autorität noch für die heutigen Psychiater. In der Frage, die wir eben behandeln, ist er aber nicht die originale Autorität.

Griesinger begnügte sich mit einer stumpferen Scheidung der Kranken als Esquirol. Er gibt keine klinische Abgrenzung, kein bestimmtes Bild der Monomanen, um sie gleich jenen von Melancholie und Manie von Haus aus zu scheiden. Mit Ausnahme des Wahnsinnes, der im Sinne Griesinger's kaum vorkommt, aber allerdings zu den Monomanien gehört, verschmolz er alle drei Formen miteinander, und setzte statt einer, zwischen den Kranken gezogenen Grenze eine ideale zeitliche Grenze für Krankheitsstadien, diesseits primäre, jenseits secundäre Psychosen. Dem Curriculum vitae der Monomanen wurde ein nie erlebter Lebensabschnitt zugerechnet durch die Voraussetzung von primären Erkrankungen, die er durchgemacht hätte. Die Grenze der Erscheinungen, welche einen Melancholischen von einem Monomanen unterscheiden lässt, wurde durch einen unbestimmbaren Zeitpunkt innerhalb angeblicher fliessender Uebergänge gegenstandslos, indem der Monomane zum secundär Kranken, zum secundär Verrückten wurde. Ueberdies wurde die Monomanie durch ein ihr gar nicht angehöriges, für sie nicht charakteristisches Zeichen entstellt, durch den Schwachsinn. Indem Griesinger die anerkannt schwachsinnige Verwirrtheit nach abgelaufenen Melancholien etc. mit der Monomanie vermengte, liessen sich zweifellos unter den Verrückten mindestens so viele Schwachsinnige finden, als man secundär Schwachsinnige unter die intelligenten Verrückten hineingeschleppt hatte. So künstlich nun diese Eintheilung in primäre und secundäre Formen war, und so sehr die natürliche Unterscheidung einer umfassenden Summe von Krankheitsbildern darunter litt, so war das Auftreten eines so bedeutenden Mannes wie Griesinger doch vom wohlthätigsten Einfluss auf die Psychiatrie in Deutschland. Sein Gedankenreichthum, sein Hinzielen auf die exacten Grundlagen unseres Gegenstandes, seine gewinnenden Erklärungen, sein Kampf gegen Veraltetes im Irrenwesen, sein Eintreten für die zwanglose Behandlung, die verhältnissmässige Einfachheit seiner Eintheilung übten eine grosse Anziehungskraft. Daraus erwuchs eine Einheitlichkeit in den Anschauungen der deutschen Psychiater, in dem Sinne berechtigt, weil Griesinger's Darstellung wirklich ein Fortschritt für die deutsche Psychiatrie war. Ausserdem repräsentirt er durch ein Trachten, von der blossen Description, die er in seinem Lehrbuche nicht weitergeführt hatte, in das Verständniss einzudringen, die deutsche Denkweise, so dass Esquirol, wäre seine klinische Ueberlegenheit wie immer gross gewesen, direct hier nicht Boden gefasst hätte. Die Zeit von Griesinger's folgenreichem Auftreten in der Psychiatrie bis zu seinem vollen Wiedereintritt in dieselbe wurde nicht durchaus glänzend ausgefüllt. Als eine Erscheinung von literarischer Niedrigkeit trat das Plagiat an Griesinger's Lehrbuch auf. Er warnt im Vorwort zu dessen zweiter Auflage die Leser, welche die erste Auflage nicht kannten, davor, nicht etwa ihn für den Plagiator an psychiatrischen Büchern zu halten, von deren Verfassern seine erste Auflage ausgeplündert wurde. Solche literarische „Unselbstständigkeit" findet, ich meine dies, ohne im mindesten erschöpfend zu sein, ihre Quelle nach einer Richtung in der Vereinigung von Productionsöde mit einem heftigen Autoritätsglauben. Ich will beispielsweise den nicht unmöglichen Fall setzen, dass ein heutiger Psychiater etwa in früheren Jahren Homöopathie trieb und weiterhin dem Mesmerismus mit einer Blindheit anhing, wie sie sich in der That in einem Buche über Homöopathie etwa so äussert: „Sowie die Kreislaufslehre Harwey's vor Zeiten trotz ihrer Richtigkeit angezweifelt wurde, so wird auch die Wahrheit des jetzt angezweifelten Mesmerismus noch siegen." Ein solcher Autor musste sehr dem Autoritätsglauben unterliegen,

Digitized by Google

weil weder Homöopathie, noch Mesmerismus Gegenstände wissenschaftlichen Verständnisses sind. Hat sich etwa der Homöopath und Mesmerianer später zur Psychiatrie gewendet, so begreift es sich, wenn den Unselbstständigen sein von Haus aus anhaftender Autoritätsglaube zwingend zu einem der Autoren prädisponirte, welche in Griesinger's Vorrede zur zweiten Auflage seines Lehrbuches bezeichnet sind. Von solchen Herren hat keiner in Griesinger's Buch eine Lücke empfunden, die er etwa ausgefüllt hätte. Wohl aber haben dies andere, würdige Autoren.

Snell in Hildesheim hat ganz selbstständig die Monomanen Anfangs der Sechziger-Jahre wieder an das Licht gezogen. Er schildert, dass er nach langjährigen, resultatlosen Versuchen, die vorangegangene Melancholie oder Manie zu constatiren, von dem Entstehen der Monomanie als einer primären Krankheit überzeugt sei. Diese Monomanen zeigen zwei Richtungen ihrer Wahnideen, den Verfolgungswahn und den Grössenwahn zugleich. Sie sind von den Schwachsinnigen wohl zu unterscheiden. Snell nennt sie auch Wahnsinnige.

Westphal hatte Griesinger zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass er an den Irren in Berlin weder die secundäre Natur, noch den Schwachsinn an einer grossen Zahl von Verrückten constatiren könne. Griesinger anerkannte, an die Charité gelangt, später diese Thatsache, nahm frühere Ansichten in unbefangener Weise zurück und nannte die Monomanen Snell's „primär Verrückte".

Wilhelm Sander ging in seinen klinischen Beobachtungen, wie Westphal Griesinger voran und schilderte eine seltenere Gruppe männlicher Irren, deren Verrücktheit er bis zu ihrer Entstehung verfolgte und Ererbtheit oder Entstehung von Kindheit an bemerkte. Er nennt diese Kranken daher originär Verrückte. Obwohl oft erst in späteren Jahren für geisteskrank gehalten, zeigen sie geistige Anomalien schon in der Kindheit, sind zurückgezogen, contemplativ, bilden durch Mangel an Austausch sich ganz besondere Auffassungen, sind stille, fügsame Kinder, darum, wie Sander sagt: „in der Kindheit die Freude ihrer Mutter und später eben darum ihr herbster Schmerz." Auf eine andere Art des Entstehens von Verfolgungswahn mit Grössenwahn wies Morel hin, auch die Erblichkeit betonend. Er bemerkte die Transmutation der Hypochondrie und Hysterie in bestimmte Geisteskrankheiten. In Bezug auf Griesinger's „primär Verrückte" sind besonders die aus Hypochondrie hervorgegangenen Transmutationen von Belang. Ich habe schon oben Westphal's früherer Vertrautheit mit den Abweichungen der Verrücktheit in Entstehung und Semiotik von Griesinger's älterer Auffassung gedacht. Wir sehen davon ab, dass die eben erwähnten, unter irgend welchem Namen die Monomanie schildernden deutschen Autoren wahrscheinlich von vorn herein ihre Ansicht von vielen selbstständig urtheilenden Collegen getheilt fanden (so führen Jolli, neuestens Krafft-Ebing die primäre Verrücktheit in ihren Krankheitstabellen auf). So bereiten sich überhaupt die wissenschaftlichen Anschauungen in den Köpfen Vieler vor, aber irgend ein Mann aus der Zahl wittert zuerst die Reife des Gegenstandes, verleiht den schwankenden Anschauungen durch seine Darlegung Klarheit und wir dürfen nicht leugnen, dass Westphal seit seinem Vortrag in der psychiatr. Section zu Hamburg 1876 das Haupt der wichtigen Lehre von der primären Verrücktheit geworden ist.

Westphal's bedeutender Vortrag muss im Berichte nachgelesen werden (Zeitschrift für Psychiatrie, Berlin, 1877). Der Hauptinhalt ist folgender: Es gibt eine bedeutende Anzahl von Irren, sehr oft von nachweislich erblicher Anlage, welche häufig nur über allgemeines, gegenstandsloses körperliches Krankheitsgefühl zu klagen beginnen, doch auch nicht seltener über örtliche Sensationen, welche sie in (auch für einen Laien) unmögliche Beziehungen zu ihrer Körperorganisation bringen: zu Verschliessungen des Darmes, fremde Körper im Innern, im Kopfe. Der Inhalt ihrer hypochondrischen Wahnideen ist im Allgemeinen fix. Niemals ist eine melancholische oder maniacalische Erkrankung vorangegangen. Die hypo-

Digitized by Google

chondrischen Wahrnehmungen stellen sich dem Kranken als ein veränderter Zustand dar, und bald entsteht der Wahn, dass die mit dem Kranken vorgegangene innere Veränderung äusserlich auffallend sei. Blicke, andeutende Mienen, gesprochene Anspielungen von Seite ganz fremder Menschen erscheinen den Auslegungen des Kranken als Material für dieses Gefühl des Beobachtetseins. Westphal analogisirt dieses Gefühl den vorübergehenden Anwandlungen Gesunder, wenn sie etwa zu bemerken glauben, dass eine veränderte Aeusserlichkeit, z. B. das ungewohnte Tragen einer Uniform, die Aufmerksamkeit der Vorübergehenden auf sie zieht. Dieses Beobachtetsein der Hypochonder kann an sich schon zu den zwei im Inhalt divergirenden Schlussreihen führen: 1. Man beobachtet mich, Beschuldigungen sind über mich ausgestreut, es herrscht eine weitgehende Verabredung, mich oder die Meinen zu verderben (Verfolgungswahn). 2. Jeder beachtet mich, Keinem bin ich unbekannt, ich muss ein ausnahmsweiser Mensch sein, ich sehe wohl einer fürstlichen Person ähnlich, meine Eltern waren nur meine Zieheltern (Grössenwahn). 3. Bildet sich eine Vermengung beider Wahnfabeln; um bei dem Beispiele zu bleiben, etwa so: Die hohen Personen fühlen sich durch meine Ansprüche bedroht, man gibt mir Zeichen, dass ich schweigen soll, man sucht mich zu vergiften, ich bin von Spionen umgeben, aber eine Zahl anderer Menschen huldigt mir. Solche Wahnideen, theils voll Hoffnung, theils voll Gefahr, erzeugen adäquate, traurige und freudige Gefühle, diese sind aber nach dem Gange der ganzen Erkrankung durchaus keine primären melancholischen oder maniacalischen Verstimmungen. Sie sind meist die rein psychologische Folge der im Wahn gegebenen Lebenslage. Die Consequenz der dem Kranken als zweifellose Wahrheit erscheinenden Wahnideen sind eine Summe aus dem Verfolgungswahne und aus dem Grössenwahne folgerichtig erfliessender Handlungen.

Die wichtigsten Complicationen der primären Verrücktheit sind Hallucinationen und Zwangsvorstellungen. Zunächst können die Hallucinationen des Gehörs von theils feindseligem, theils freundlichem Inhalte dem Verrückten zur Hauptgrundlage seiner Wahnideen werden, sowie sie auch am mächtigsten seine Handlungen direct beeinflussen. Wenn gehäuft oder andauernd, gehen sie mit grosser Angst oder Wuth einher. Hallucinationen und Aufregung stellen eine acute, primäre Verrücktheit dar. Der Stupor, d. i. die Regungslosigkeit bis zur kataleptischen Biegsamkeit, ist eine Folge von Wahnideen primär Verrückter. Die Verrücktheit führt in Jahrzehnten oder einem Lebensalter nicht zum Mangel der Intelligenz, ausser sie entsteht bei Schwachsinnigen. Es gibt Menschen, welche anscheinend ihr Lebelang nur eine Zwangsvorstellung haben, peinlicher Art, z. B. sie sollten ein Verbrechen begehen, in seltenen Fällen heiterer Art. Sie bleiben sich des Krankhaften dieser Vorstellung immer bewusst, werden nie verrückt. Westphal nennt dies mit Recht abortive Verrücktheit. Der Verfolgungswahn im engeren Sinne ist nie ein Zeichen der Melancholie, sondern immer der Verrücktheit. Die Verrücktheit ist heilbar.

Das grosse Verdienst Westphal's bei seiner Darstellung der primären Verrücktheit liegt in der Trennung ganz differenter Krankheitsbilder, die auf die oberflächlichste Beurtheilung eines Missbehagens hin unter „Melancholie" in der Praxis so unglaublich auch von Lehrern zusammengewürfelt wurden, dass Griesinger's Buch für die Gedankenlosigkeit seiner praktischen Benützung gar keinen Massstab abgibt. Das für die Praxis neue, in reinen Zügen hingestellte Krankheitsbild ist von der Genesis bis in den Verlauf beschrieben. Von seinem Beginne an trennt es sich durch die ganz verschiedenen (hypochondrischen) Krankheitsgrundlagen, durch die rein psychologische, secundäre Entwicklung der Verstimmungen, ferner theilweise durch den Krankheitsbeginn ausschliesslich in Form von Hallucinationen, in der grössten Zahl von Fällen durch die lange Krankheitsdauer und den Mangel an Dementia innerhalb so langer Krankheitsdauer, als eine von der Melancholie im Beginne, Dauer und Ausgang ganz verschiedene Form ab.

Digitized by Google

Nach klinischer Betrachtung ist es ganz gleichgiltig, wie viel Aehnliches dabei Jemand innerhalb der Symptome finden will. Am allergleichgiltigsten ist auch die Unwahrscheinlichkeit, dass ein Verrückter von dem intercurrirenden Auftreten wirklich melancholischer oder maniacalischer Verstimmung mehr geschützt sein sollte als ein vorher psychisch gesunder Mensch, der z. B. primär maniacalisch wird. Dass aber Westphal's Leistung nach Seite des Differenzirens innerhalb seiner Krankheitseinheit zu wenig gethan hat, würde sich wohl nachweisen lassen. Was er von anderen Formen trennte, gehört gewiss nicht zu jenen Formen, aber zunächst wegen zweier seiner Anschauungen glaube ich nicht, dass Alles, was er klinisch vereinigt, auch klinisch zusammengehört. Doch bezieht sich das auf eine nicht bedeutende Zahl der vorkommenden Fälle. Die Mehrheit der Irrsinnigen gehört dem von Westphal als einheitlich dargestellten Krankheitsbilde an. Ich würde auch den von Snell für Monomanie gesetzten Ausdruck Wahnsinn für besser halten. Das Wort ist herrenlos, denn Griesinger's Wahnsinn ist keine besondere Form, ist eins mit der Verrücktheit, und darum kann diese ebenso Wahnsinn heissen. Das Wort Verrücktheit, der peinlichere Ausdruck dem populären Klange nach, bleibt besser bewahrt für die Blödsinnigen mit Wahnideen, für die wirklich secundären Formen. Das Wort Verwirrtheit darf man nicht wie Griesinger für die fortgeschrittene Form einer Verrücktheit vergeuden. Denn nach der Ansicht Vieler, welche ich theile, kommen Formen von primärer Verwirrtheit vor, die keinen verständlicheren Namen finden können. Weil ich aber glaube, dass zunächst für das verständnissvolle Zusammenwirken der psychiatrisch gebildeten Aerzte nur schrittweise, durch ihre Reife zwingende Fortschritte ermöglicht sind, so stellt sich mir für heute die primäre Verrücktheit als ein ganz wichtiger Erfolg der nosologischen Klärung dar.

Wie für mich, selbst durch die Beobachtungen auf meinen Kliniken das Bild der primären Verrücktheit sich praktisch entwickelt hat, zeigt folgende Tabelle. Von 1871 — 1874 umfasst dieselbe die Percente des Ziffernausweises von meiner früheren Klinik in der Wiener Landesirrenanstalt.

	Jahr	Melancholie	Manie*)	Verrücktheit	Blödsinn	Paralytiker	Epileptiker
Klinik a. d. Landes-Irrenanstalt	1871	26·4	73.12	10·3	8·8	11·5	5·7
	1872	18·5	27·5	17·4	16·9	13·1	6·1
	1873	11·3	15·2	18·6	20·8	26·1	7·1
	1874	10·0	13·5	20·8	27·5	21·9	5·9
Neue Klinik	1876	5·8	5·2	22·16	9 5	12·4	10·3
		Tobsucht 3·5					Alcoh. 1%

Man ersieht daraus, dass ich offenbar nach den bekannten Griesinger'schen Regeln zu denominiren begonnen hatte. Von Jahr zu Jahr aber sanken die Melancholiker und Maniaci. 1874 zeigte deren nicht viel mehr als ein Drittheil derer vom Jahre 1871. Es nehmen an Zahl zu die Verrückten, die Blödsinnigen und die Paralytiker. Man könnte nun etwa meinen, die Verrückten, die Blödsinnigen und die Paralytiker hätten sich als Unheilbare gestaut, darum hätte ihr stehender Bestand auf der Klinik in der Landesirrenanstalt von Jahr zu Jahr die Percentverhältnisse zu Ungunsten der heilbaren Formen beeinflusst. Solche Störun-

*) Es ist zu bemerken, dass im vorgeschriebenen amtlichen Schema das Delirium tremens nicht vorgesehen ist und grösstentheils unter den Maniacis untergebracht wurde.

Digitized by Google

gen beziehen sich aber nur auf den Blödsinn (wobei die secundär Verrückten) und auf die Paralytiker, unter welchen übrigens nach dem gegebenen Schema auch die Herderkrankungen vorkommen mussten. Dies ist leicht zu zeigen. Ich fügte den jährlichen Ergebnissen auch die Percenttabelle der gleichen Krankheitsbilder aus dem Jahresausweise meiner neuen Klinik vom Jahre 1876 bei. Ich kann dieser Tabelle mehr Beweiskraft zuerkennen als dem einzelnen Jahresausweise einer Irrenanstalt, weil die Aufnahmszahl nicht weniger als 1171 Krankheitsfälle umfasst. Bei dem Belegraum vom Jahre 1876 von nur 70 Betten schliesst die Krankenfluctuation Stagnationen zweifellos aus. In der That fällt das Percent der Blödsinnigen und der Paralytiker von 27 und 21 Percent meiner früheren Klinik auf 9 und 12 Percent, aber nicht so die Verrückten. Das Percent ihrer Aufnahmen auf der neuen Klinik ist (um 2 Percent) auf 22 Percent gestiegen. Die 22 pCt. Verrückten bedeuten aber auf der neuen Klinik ein viel grösseres Ueberwiegen, als sie auf der alten Klinik bedeutet hätten. Meine jetzige Klinik umfasst in der Art ihrer Aufnahmen die 3 Kategorien von Kranken, welche in der Berliner neuen Charité Professor Westphal zugetheilt sind, nämlich 1. Geisteskranke, 2. Krampfkranke und 3. Deliranten (allzumeist Delirium trem.). Da auch weit mehr Herderkrankungen des Gehirns auf die neue Klinik gelangen, als überhaupt in Irrenanstalten, so erscheinen die eigentlichen Geisteskrankheiten mit einem Drittheil in Anstalten seltener Formen vermengt und ihr Percenttheil in Tabellen von meiner Klinik verkleinert. Es ergibt sich, wie schon Sander bemerkte, dass die Verrückten die grösste Anzahl aller Irren bilden, hieraus mit lapidarer Deutlichkeit. Ferner lässt sich nicht das Wunder annehmen, dass aus zusammen etwa 11 Percent Melancholiker und Maniaci secundär 22 Percent Verrückte werden. Es ergibt sich im Gegentheile, dass die Fälle, welche nach wissenschaftlich-nosologischen Bestimmungen das Bild: Melancholie (Kahlbaums Melaena) und die Manie geben, zu den seltensten Geisteskrankheiten gehören. Dass meine für 1876 sich ergebenden Aufnahmsprocente kein sehr veränderlicher Massstab für die Zahlengruppirung der Irren sein dürften, geht aus den, aus den Jahresberichten des k. k. Wiener allgemeinen Krankenhauses in den Jahren 1873, 1874 erfliessenden Percenten hervor, die von meinem Vorgänger, dem damaligen ordinirenden Arzte, Herrn Prof. Leidesdorf herrühren, sowie nach einer Zusammenstellung seiner bis August reichenden Krankheitsbezeichnung für eben dort vom Jahre 1875. Es bleiben sich (freilich in der gewohnten Auffassung des Nestors unserer Psychiater) die Verhältnisse von Jahr zu Jahr nahezu gleich

		Melancholie	Manie	Verrücktheit			
	1873	26·7	4·7	5·7	von	1048	Verpflegten
	1874	23·0	5·0	4·4	„	1040	
bis August	1875	24·4	6·9	7·9	„	800	

Offene Correspondenz der Administration.

Herrn Dr. J. S., k. k. Reg.-Arzt in Mitrovic (75 kr. Restz.); Dr. M., prakt. Arzt in Putlitz; J. B., k. k. Feldarzt in Seiburg (50 kr. Restz.; Dr. M. F. in Miskolcz; Dr. D. in Przeworsk (50 kr. Rest.) Wir bestätigen auf ausdrückliches Verlangen den Empfang des Abonnementsbetrages.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Karl Bettelheim.
Einsendungen an die Redaction sind zu richten: Wien, I., Gonzagagasse 5.
Druck von G. Gistel & Co., Wien.

Digitized by Google

Verlag von AUGUST HIRSCHWALD in Berlin.

Soeben erschien:

Dr. Felix von Niemeyer's
Lehrbuch
der
speciellen Pathologie und Therapie
mit besonderer Rücksicht auf Physiologie und pathologische Anatomie neu bearbeitet von Prof. Dr. E. Seitz.

Neunte veränderte und vermehrte Auflage.
Zweiter Band. 2. Abtheilung. gr. 8. 10 M. = 6 fl. 50 kr.
(Preis des completen Werkes 36 M. = 23 fl. 40 kr.)

Lehrbuch der speciellen Chirurgie
für
Aerzte und Studirende
von
Prof. Dr. Franz Koenig.

II. Band. 2. Abtheilung. gr. 8. **Mit 138 Holzschnitten.** 18 M. = 11 fl. 70 kr.
(Preis des completen Werkes 40 M. = 26 fl.)

Meyers Hand-Lexikon

Zweite Auflage 1878

gibt in einem Band Auskunft über jeden Gegenstand der menschlichen Kenntnis und auf jede Frage nach einem Namen, Begriff, Fremdwort, Ereignis, Datum, einer Zahl oder Thatsache ***augenblicklichen Bescheid.*** *Auf ca. 2000 kleinen Oktavseiten über 60,000 Artikel, mit vielen Karten, Tafeln und Beilagen.*

24 Lieferungen, à 50 Pfennige.

☞ *Subskription in allen Buchhandlungen.*

Verlag des Bibliographischen Instituts
in Leipzig.

Verlag von AUGUST HIRSCHWALD in Berlin.

Soeben erschien:

HANDBUCH
der
Militair-Gesundheitspflege
von
Dr. W. Roth, K. Sächs. Generalarzt. und **Dr. R. Lex,** K. Preuss. Oberstabsarzt.

III. Band. 1877. gr. 8. Mit Holzschnitten. 16 M. = 10 fl. 40 kr.
(Preis des vollständigen Werkes 50 Mark = 32 fl. 50 kr.)

Digitized by Google

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschien und ist durch jede Buchhandlung zu beziehen:

SIDNEY RINGER's

Handbuch der Therapeutik.

Nach der fünften englischen Auflage mit Bewilligung des Verfassers deutschen Aerzten frei übersetzt von

Dr. Oscar Thamhayn,

prakt. Arzt in Halle a. S.

42 Bogen in Octav. Preis 12 Mark.

Einer vorurtheilslosen Empirie folgend, dabei sich des Genauesten auf die physiologischen Gesetze und Erfahrungen stützend, hat das vorliegende Werk eine durchweg praktische Richtung und Bestimmung. Dasselbe empfiehlt sich daher vorzüglich als Nachschlagebuch für den praktischen Arzt, wobei das mit peinlicher Genauigkeit gefertigte Register, wie die handliche äussere Form sehr zu Statten kommen wird.

Lehrbuch der Gewebelehre.

Mit vorzugsweiser Berücksichtigung des menschlichen Körpers

bearbeitet von

Dr. CARL TOLDT,

o. ö. Professor der Anatomie in Prag.

Mit 127 Abbildungen in Holzschnitt.

42 Bogen. gr. 8. Preis 15 Mark.

Zur

Percussion, Auscultation und Phonometrie.

Von

Dr. J. HERMANN BAAS.

Mit in den Text gedruckten Holzschnitten.

21 Bogen in Octav. Preis 8 Mark.

Das Werk ist keine lose Reihe zufällig nebeneinander stehender Abhandlungen; dasselbe will vielmehr in einem organischen, wenn auch nicht äusserlich strengen Zusammenhange die Hauptlehre von der Untersuchung mittelst des Gehörsinns auf neuer Grundlage darzustellen versuchen.

APHORISMEN

über

Thun und Lassen der Aerzte und des Publikums.

Von

Dr. K. FR. H. MARX,

Hofrath und ordentlichem Professor an der Universität Göttingen.

8 Bogen in Octav. Preis 2 M. 80 Pf.

Zeitschrift

für

Geburtshülfe und Gynäkologie.

Unter Mitwirkung der

Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie

herausgegeben von

Professor Dr. **C. Schröder,** Docent Dr. **L. Mayer** und Docent Dr. **H. Fasbender.**

II. Band. 1. Heft.

Mit 7 Holzschnitten, 5 lithogr. Tafeln u. Tabellen.

gr. Octav. Preis 8 Mark.

Digitized by Google

Dermatologie und Syphilis.

575. **Ueber das sogenannte Molluscum contagiosum.** Von Prof. Kaposi. (Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis, 1877, 3. Heft, pag. 333.)

Kaposi hat schon im Titel angedeutet, dass das zu besprechende Gebilde nicht ganz mit Recht diesen Namen führt. Er schildert dasselbe als stecknadelkopf- bis erbsengrosse, halbkugelige, transparente, in der Mitte gewellte und sodann varicellenähnliche, derbe Knötchen und Warzen der Haut, die thatsächlich bisweilen mit Varicella verwechselt werden. Durch Druck mittelst der beiden Daumennägel kann das beschriebene Gebilde als Ganzes aus seinem Neste zum Austritte gebracht werden. Es erscheint dann wie ein aus runden Läppchen zusammengesetztes Träubchen. Erst durch starkes Quetschen wird die Hülle der einzelnen Läppchen gesprengt und ihr Inhalt entleert. Dieser besteht (mikroskopisch) aus Epithelial-Elementen verschiedener Art, Fettkrystallen und eigenthümlichen, stark glänzenden, ovoiden Körperchen, die als „Molluscum-Körperchen" bekannt sind.

Diese warzen- oder pockenähnlichen Bildungen, für welche K. den Namen Molluscum-Warzen oder Molluscum verrucosum vorschlägt, finden sich einzeln und bis über hundert an verschiedenen Körperstellen, Penis, Gesicht, Stamm etc., besonders häufig bei Kindern.

Sie entwickeln sich gewöhnlich innerhalb kurzer Zeit, bestehen Wochen und Monate, fallen spontan oder durch Eiterung aus, oder persistiren seltener jahrelang. Nach K.'s Erfahrung begünstigt Eczem ihre Entstehung und ebenso Maceration der Haut durch Bäder. K. und mehrere Andere haben acute Eruption von Molluscum beobachtet.

Dieses Gebilde ist zu verschiedenen Zeiten als subcutanes oder endofolliculäres Condylom beschrieben, oft auch fälschlich mit Blenorrhoe in Beziehung gebracht worden. Weiters erscheint es unter dem Namen Sebumwarzen, Acne varioliformis, Acne molluscoide, Epithelioma-Molluscum und in den letzten Jahren fast allgemein als Molluscum contagiosum beschrieben.

Digitized by Google

Dies führt K. zur Erörterung der ursprünglich von Bateman aufgestellten zwei Molluscum-Arten. Die erste, Molluscum simplex, ist eine Bindegewebsgeschwulst, Fibroma Molluscum (Virchow) und gehört nicht hieher. Die zweite nannte B. Molluscum contagiosum. Letztere bildet kleinere und grössere Geschwülste, die durch eine auf ihrer Spitze befindliche Oeffnung auf Druck einen milchigen Inhalt entleeren („milky fluid"). Man erkennt in ihnen zweifellose atheromähnliche Bildungen. Contagiös nannte sie Bateman, weil er dieselben bei mehreren in gegenseitigem Contact gewesenen Personen gesehen und darum für contagiös halte.

K. erörtert nun sehr eingehend die auf B. folgenden literarischen Bearbeitungen des M. contagiosum und schliesslich besonders diejenigen, welche die Eingangs beschriebenen pockenähnlichen Gebilde zum Gegenstande hatten. Unter diesen sind einige, welche das M. verrucosum mit dem M. contagiosum B. anatomisch gleichstellen, indem sie beide für erweiterte Talgdrüsen halten, ohne Rücksicht auf die Frage, ob ihre Contagiosität annehmbar sei oder nicht. Dagegen sind mehrere neuere Autoren, Retzius, Lukomsky u. A. der Ansicht, dass sie nichts mit den Drüsen zu thun hätten, sondern aus einer Wucherung der Rete Malpighii entstünden. Diese Autoren hätten also insoferne gar nicht das Recht, das Gebilde Molluscum zu nennen, da Bateman's Molluscum sicherlich eine entartete Drüse bedeutet.

K. erläutert nun die anatomischen Verhältnisse und demonstrirt, dass auch die Molluscum-Warzen thatsächlich aus erweiterten und mit einem abnormen Inhalte versehenen Drüsen bestehen.

Bezüglich des zweiten Charakteristicums, der Contagiosität, führt K. aus, dass dieselbe zunächst nur auf die Erfahrung hin angenommen wurde, dass das Gebilde bei mehreren in gegenseitiger Berührung gestandenen Personen gleichzeitig oder bald hintereinander beobachtet wurde (Bateman, Henderson, Paterson, Cotton, Elbert und Virchow u. A.). In seiner eigenen Familie ist ein ähnlicher Fall vorgekommen, den er detaillirt. Experimentell ist aber die Uebertragung niemals gelungen. Nur Retzius erzählt einen, wie er meint, positiven Erfolg.

K. analysirt nun sehr eingehend und objectiv dieses angeblich positive Resultat von Retzius und zeigt, dass dasselbe, was die Reproduction der Gebilde selbst anbelangt, gleich Null war. Nun stützt R. seinen Erfolg auf den Befund von Molluscumkörperchen im Inhalte eines Comedo, der an Stelle der Einreibung mit Molluscuminhalt entstanden war. K. zeigt nun, dass alle Autoren von Henderson bis Retzius, die die Molluscumkörperchen als vermuthliche Träger der supponirten Contagion ansahen, darum im Unrechte sind, weil diese Körperchen überhaupt für Molluscum nicht charakteristisch sind. K. hat sie in alten Comedonen, im Inhalte von grossen Atheromen gefunden und sie kommen auch nach Virchow allenthalben vor, wo Epithel lange Zeit liegen bleibt.

Digitized by Google

K. geht nun auf eine detaillirte Schilderung dieser interessanten und vielfach studirten Körperchen ein und erklärt sie nach dem Resultate seiner Untersuchungen conform mit einzelnen anderen Autoren als degenerirtes und aufgequollenes Protoplasma der Drüsen-Epithelien.

Kaposi gelangt demgemäss zu dem Schlusse, dass:

1. Die Molluscum sebaceum, subcutanes Condylom, M. contagiosum der neueren Autoren etc. genanntem pockenähnlichen Gebilde anatomisch gleichwerthig sind mit dem M. contagiosum Bateman, mit dem sie auch untermengt vorkommen, und dass sie, wie letzteres, aus Talgdrüsen hervorgehen.

2. Dass ihre Contagiosität durchaus nicht erwiesen ist und seiner Ansicht nach auch thatsächlich nicht besteht:

Er schlägt demnach vor, beide Arten von Gebilden analog mit Hebra als Molluscum sebaceum zu bezeichnen, denn sie gehören beide den Talgdrüsen an, und nur zur besseren Specificirung das Bateman'sche als Molluscum atheromatosum, das pocken- oder warzenähnliche dagegen als Molluscum verrucosum zu benennen.

K.

576. Zur Lehre von der Pityriasis rubra universalis. Von Dr. L. Fleischmann. (Vierteljahrsschrift für Dermatol. u. Syph. 1877. 1. u. 2. Heft, p. 201.)

Anknüpfend an den im 4. Heft 1876 derselben Zeitschrift von Hebra jun. mitgetheilten Fund von Tuberkelknoten im Gehirne (siehe unten Nr. 579) eines seit Kindheit an P. rubra leidenden Individuums erinnert Fl. an seine im Jahrb. für Pädiatrik, II. Bd. 1872 erschienene Arbeit, in welcher derselbe angibt, in allen seinen Fällen von P. rubra der Kinder die analogen Veränderungen an der Haut und bei der Section solitäre Tuberkel des Gehirnes gefunden zu haben. Fl. leitet die trophische Störung in der Haut von den Gehirntuberkeln ab, ohne die Möglichkeit in Abrede zu stellen, dass in anderen Fällen andere Ursachen der Hautveränderung sich vorfinden mögen.

K.

577. Ueber tuberculöse Geschwüre der Haut in einem Falle von chronischer Lungen- und Darmtuberculose. Von Dr. Hans Chiari. (Med. Jahrbücher, 1877. 3. Heft, p. 328.)

Ueber idiopathische tuberculöse Geschwüre der Haut finden sich bei Wagner und O. Weber nur Andeutungen, casuistische Beiträge erst in der letzten Zeit von Pantlen (1873), Bizozero und von Baumgarten. Ch. theilt nun einen Fall von Ulceration der Unterlippe und der Haut um den After bei einem 32jährigen Manne mit. Wegen Tumor albus des Kniegelenkes war bei demselben am 29. März 1876 der rechte Oberschenkel amputirt worden. Während der Wundheilung machte die schon früher constatirte Lungentuberculose rapide Fortschritte. Sechs Wochen vor dem am 6. Juni 1876 unter Diarrhöen erfolgten Tode hatte

Digitized by Google

sich besagtes Unterlippen- und Anal-Geschwür etablirt. Die Obduction ergab Lungentuberculose, tuberculöse Geschwüre des Larynx und der Zunge, des Dünn- und Dickdarmes. In dem ulcerirten Gewebe der Lippe fanden sich schon makroskopisch erkennbare, kleine, eingestreute, zerfallende Tuberkel. Die mikroskopische Untersuchung gab den tuberculösen Charakter dieser Einstreuungen deutlicher zu erkennen. Peripher war Rundzelleninfiltration vorhanden. Die Analgeschwüre zeigten dieselben Verhältnisse.

K.

578. **Ueber Argyria.** Von Prof. Dr. Isidor Neumann. (Med. Jahrbücher 1877. 3. Heft, p. 369.)

Verf. recapitulirt die in der Geschichte der Argyrie bisher bekannt gewordenen Fälle und Thatsachen, namentlich die genauen anatomischen Angaben von Frommau und von Riemer, erwähnt die aus den letzten Jahren stammenden Mittheilungen von Entstehung der Argyria in Folge von Aetzungen der Schleimhäute mittelst Lapis, sowie die im Ganzen spärlichen Resultate der Fütterungsversuche mittelst Lapis bei Thieren. Endlich theilt er den mikroskopischen Befund eines Hautstückes mit, welches von einem im pathologischen Museum zu Padua aufbewahrten Präparate herrührt. Dieses selbst stammt von einem Manne, der in Folge von jahrelang an sich geübter Lapisätzung Argyria bekommen hatte und von Prof. Brunetti secirt worden war. Nach Mittheilung des seinerzeit verfassten Sectionsprotokolles gibt N. den mikroskopischen Befund im Hautstücke an. Mit Ausnahme der Epithel-Auskleidung der Drüsen und Haare, des Drüseninhaltes überhaupt und des Rete zeigten alle Schichten der Haut, soweit sie Bindegewebe und Gefässe führen, die körnige Silberablagerung, am dichtesten an der Cutis-Oberfläche, ein Befund, der die früheren von Riemer bestätigt und zum Theile ergänzt.

K.

579. **Ueber Pityriasis rubra universalis.** Von Dr. Hans Hebra in Wien. (Vierteljahrsschr. für Dermatol. und Syphilis. 1876. IV. Heft.)

Auch bezüglich der Pityriasis rubra universalis haben wir die genaue Charakteristik Hebra zu danken; derselbe bezeichnet mit jenem Namen eine Krankheit, welche während ihres ganzen Verlaufes von keiner anderen Erscheinung begleitet wird, als von einer andauernden, intensiv dunkelrothen Färbung, ohne bedeutende Infiltration, ohne Knötchenbildung, ohne Entwicklung von Schrunden, ohne Nässen oder Bläschenbildung, welche mit geringem Jucken verbunden ist, und selten auf einzelne Hautstellen localisirt erscheint, sondern meist die ganze allgemeine Decke zu ihrem Sitze erwählt. Fügen wir zu der Farbenveränderung noch eine in verschiedenen Fällen verschieden starke Desquamation der Epidermis hinzu, so haben wir nebst der Universalität und der langen Dauer des Uebels die einzigen positiven Symptome der Pityriasis rubra aufgezählt.

Die häufigste Verwechslung geschieht mit Eczema squamosum, da beide Krankheiten thatsächlich in gewissen Stadien sich sehr ähnlich

Digitized by Google

sehen können. Zur Differencirung dient der Umstand, dass beim squamösen Eczem an einzelnen Theilen der Haut in den meisten Fällen auch andere Entwicklungsstufen der Krankheit — nässende oder mit Borken bedeckte Partien — sichtbar sein werden und dass auch die Effecte des heftigen Kratzens nicht fehlen dürften. Bei der Pityr. rubra ist die ganze Haut gleich roth, nässende Stellen, Borken und Excoriationen sind nicht vorhanden; das Jucken ist gering, die Kranken klagen über Spannen und Brennen. Der wichtigste Unterschied ist, dass das squamöse Eczem selbst ohne Behandlung heilt, während die Pityr. rubra ein schweres, unheilbares Uebel ist. — Lichen ruber und Psoriasis universalis können gleichfalls Aehnlichkeit mit Pityr. rubra haben, doch ist die Differential-Diagnose nicht schwer; für Lichen sind die Knötchen charakteristisch, für Psoriasis die eigenthümlichen Zeichnungen (Gyri), dann die vielfach zur Beobachtung kommenden Nachlässe und Recidiven.

Hans Hebra theilt 2 interessante Fälle von Pityr. rubra mit, welche auf der dermatologischen Klinik in Wien beobachtet wurden und letal endeten; in der vorliegenden Abhandlung sind die ausführlichen Krankengeschichten mit den betreffenden Sectionsbefunden und das Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung der Haut enthalten. Die Erkrankung der Haut entsprach vollkommen der oben gegebenen Definition. Von besonderem Interesse ist der 1. Fall, da der betreffende Kranke $3^1/_2$ Jahre auf der Klinik war und in dieser Zeit das Object zahlreicher therapeutischer Versuche gewesen ist, welche sämmtlich fruchtlos geblieben sind. Die therapeutischen Versuche waren die folgenden:

Aeusserlich waren vor Allem erweichende Mittel angewandt; jedes derselben mindestens durch 3 Monate, wenn sich nicht gerade eine Verschlimmerung des Uebels einstellte. Den Beginn machte man mit Oleum jecoris Aselli. Es machte die Haut etwas weicher, liess die Einrisse verheilen und besserte dadurch die Beweglichkeit der Extremitäten; auf die Röthe, die Neuentwicklung von Schuppen und die Spannung hatte es keinen Einfluss. — Der 2. Versuch bestand in der Anwendung lange Zeit fortgesetzter Bäder, in welchen der Patient tagsüber verblieb; des Nachts schlief er im Bette. Der Effect war, so lange er im Wasser war, dem des Leberthrans ähnlich; über Nacht aber stellten sich die ursprünglichen Symptome wieder ein. — Zu einem 3. Experiment wurde Benzin verwendet; doch schon nach 3 Wochen musste es ausgesetzt werden, da es für den Kranken unleidliche Symptome hervorrief. Die schon von Natur aus trockene Haut wurde noch trockener, die Spannung nahm zu und es bildeten sich neue Risse. — Nun wurde 4. Kautschuk probirt. Aus weisser vulkanisirter Kautschukleinwand wurde ein Anzug, bestehend aus Hose und Hemd, verfertigt, welcher möglichst gut anschloss, so dass der Schweiss nur in sehr geringer Quantität entweichen konnte. In diesem Costume befand sich der Kranke sehr wohl. Seine durch das Benzin steif gewordenen Gelenke wurden schon nach mehreren Stunden beweglich und

Digitized by Google

nach einigen Tagen waren auch die Rhagaden wieder mit Epidermis überzogen. Darüber hinaus aber reichte die Wirkung nicht; die Röthe schwand nicht, die Schuppenbildung wurde nicht sistirt.

Innerlich wurde Patient einer Arsenikcur unterzogen, wie solche gewiss nicht oft bisher unternommen worden, und die schon aus dem Grunde Interesse beansprucht, weil sie zeigt, wie grosse Dosen des Giftes ungestraft verabreicht werden können. Gleich nach seinem Eintritte wurde mit der Darreichung von asiatischen Pillen begonnen. Selbe enthielten $^1/_{10}$ Gran Acidum arsenicosum pro pilula, und begann Pat. wie üblich mit 3 Pillen des Tags und stieg per Woche um eine Pille bis zu 12 de die, worauf er wieder auf die Anfangszahl fiel, und sodann diese 3 Pillen so lange fortnahm, bis er in toto 2000 Pillen i. e. 200 Gran Arsenik genommen hatte. Ungefähr 2 Jahre später wurde derselbe Cyclus wiederholt, so dass also Patient im Ganzen 4000 Pillen mit 400 Gran Arsenik zu sich nahm. Sein Allgemeinbefinden änderte sich während der ganzen Zeit nicht; Appetit, Schlaf, Stuhl blieben wie früher, aber auch die Pityriasis rubra änderte sich nicht, so dass man nach dieser erwähnten gewaltigen Dosis mit Sicherheit den Schluss auf vollkommene Nutzlosigkeit des Mittels gegen genanntes Hautübel ziehen darf. (Lichen ruber wird durch Arsenik radical geheilt, Psoriasis wesentlich gebessert.)

Der Kranke überstand auf der Klinik 2 Pneumonien und erlag nach $3^1/_2$ Jahren einer neuen Attaque von Pneumonie. Der 2. Kranke, ein tuberculöses Individuum (Gehirntuberkel), ging nach einmonatlichem Aufenthalte auf der Klinik an Marasmus zu Grunde. Die Hautkrankheit soll beim ersten Kranken, der im Alter von 38 Jahren auf die Klinik kam, seit seiner frühesten Kindheit bestanden haben, während sie beim zweiten Kranken, einem 53jährigen Bandmacher, erst seit einem Jahre bestand.

(„Pester medizinische Presse.“)

580. Umwandlung von Psoriasis (? Ref.) **in ein Carcinom.** Von M. Tillaux. (Gazette des hôpitaux. 1877. Nr. 60.)

T. gibt an: Es handelt sich hier nicht um Carcinom, das aus „Psoriasis“ der Zunge hervorgegangen wäre, wie solche Fälle schon bekannt sind, sondern um Psoriasis der rechten Rücken-Lendengegend. Die Affection ist als Psoriasis von Hardy 1866 und 1868 diagnosticirt, von Bazin 1870 und 1874 behandelt worden, vorerst als „Adenome“ ulcéré und hernach als „Cancroide“.

(Hier ist zu bemerken: Psoriasis linguae Kaposi's und anderer Autoren ist ebensowenig Psoriasis im dermatologischen Sinne, wie Psoriasis palmaris und plantaris. Jene stellt eine Epithel-Hyperplasie dar auf entzündeter Basis. Aus solcher pflegt, wie aus allen Epithel-Hyperplasien, Epitheliom hervorzugehen. Kaposi hat in der Sitzung der k. k. Ges. d. Aerzte in Wien vom 2. April 1874 darüber ausführlich gesprochen.

T. gibt aber an, aus Psoriasis der allgemeinen Decke

Digitized by Google

Carcinom hervorgehen gesehen zu haben. Das wäre somit etwas ganz Neues. Aus Lupus, aus syphilitischen Infiltraten hat man Carcinom entstehen gesehen (Hebra, Weber, Kaposi), aus Psoriasis bis jetzt noch nicht.

Es fällt aber schwer zu glauben, dass das angeführte Uebel Psoriasis im Sinne Willan's gewesen sei. T. gibt nicht an, dass sonst wo am Körper Psoriasis vorhanden gewesen sei, und doch weiss man, dass dieses Hautübel stets in vielen Plaques zugegen ist. Ferner ändern sich diese im Verlaufe der Zeit. Da soll aber binnen 8 Jahren stetig die eine Stelle und nur diese von Psoriasis besetzt gewesen sein. Es scheint demnach nicht erwiesen, dass hier Psoriasis die Grundlage für Carcinom abgegeben habe. Ref.) K....

581. Zwei Fälle von Morphaea. Von Dr. L. Duncan Bulkley. (New-York. 1877.)

Als Morphaea beschreibt B. zwei Krankheitsfälle, eines 10jährigen und eines 30jährigen weiblichen Individuums. Bei ersterem waren auf der Hüfte und Kreuzgegend, bei letzterer am Unterschenkel handtellergrosse und grössere, ziemlich scharf begrenzte, von einem rosenrothen Hals umgebene Flecke, deren Inneres die Haut derb, wie eine eingeschobene Lederplatte (Schuhsohle) und gelblich-weiss (wie Elfenbein) oder blass-rosa, dabei im Hautniveau oder stramm angezogen sich präsentirte, keine abnorme Sensation. Im Verlaufe schwand auch da und dort das derbe Anfühlen. Einzelne Flecke waren nur rosenroth gescheckt.

B. hielt dafür, dass diese Charaktere die Morphaea einerseits von Scleroderma (Fox) und andererseits von Lepra (Wilson, Kaposu unterscheiden und zu einem Uebel sui generis stempeln.

(Nach der Meinung des Ref. sind diese Fälle B.'s schöne Exemplare beginnender Sclerodermie. Manche Fälle von Scleroderma zeigen regelmässig an den Beginnstellen Erytheme und erythematösen Saum um die später sich entwickelnde starre Infiltration. Kaposi's Beschreibung der Morphaea (Lehrbuch der Hautkrankheiten 2. Th. pag. 407) lautet anders. Ref. hat im Laufe des Juni d. J. einen den B.'schen analogen, nur noch mehr ausgebreiteten Fall gesehen, der nunmehr veröffentlicht werden wird.) K....

582. Ein Fall von Syphiloderma vegetans bei einem 8monatlichen Kinde. Von Dr. Arthur von Harlingen. (Archives of Dermatology. Aprilh. 1877.)

Die Mutter des Kindes hatte von ihrem ersten Manne 4 gesunde noch am Leben befindliche Kinder und drei Jahre vor Entbindung mit dem kranken Kinde sich zum zweitenmale verheiratet mit einem Manne, der, wie seither constatirt worden, derzeit syphilitisch war und an Syphilis behandelt wurde. Das erste Kind aus dieser zweiten Ehe starb drei Wochen alt. Das gegenwärtige kranke Kind zeigte die erste Eruption

Digitized by Google

im Alter von drei Monaten. Dasselbe ist abgemagert, von cachektischer Hautfarbe und hat mässige Coryza. Der behaarte Kopf und die Gesichtshaut sind vorwiegend von dem Exanthem besetzt, Arme und Gesäss nur wenig. Die Affection besteht theils in glatten, erhabenen, zu Plaques vereinigten Knötchen, theils in aus diesen hervorgegangenen serpiginösen, erhabenen, an der Oberfläche drusig-warzigen, eine saniöse Flüssigkeit secernirenden oder mit Pusteln und Krusten besetzten Plaques und Kreisen. Der Autor bezieht sich auf die von Kaposi in dessen illustrirtem Syphilis-Werk auf Taf. LXI. gegebene Abbildung von Syphilis cutanea vegetans, welche den Typus dieses Hautsyphilides in charakteristischer Weise wiedergibt.

Quecksilber-Inunctionen brachten das Syphilid binnen wenigen Wochen zur Rückbildung. K....

583. Ueber Nomenclatur und Classification der Hautkrankheiten. Von L. Duncan Bulkley. (New-York, 1877.)

B. gibt zwar keine neue, aber eine nach seiner Meinung mit den praktischen Bedürfnissen harmonirende Classification der Hautkrankheiten. Sein System hat 9 Classen, indem er die Classe Anaemiae und Ulcera cutanea des Hebra'schen Systems weglässt und die VIII. und IX. Classe, die gutartigen und bösartigen Neubildungen in eine Classe zusammenfasst. Dies ist der ganze Unterschied gegenüber der Classification Hebra's. B.'s System lautet also:

1. Classe Parasitäre Hautkrankheiten; 2. Cl. Krankheiten der Hautdrüsen; 3. Cl. Neurosen; 4. Cl. Hyperämien; 5. Cl. Exsudationen; 6. Cl. Hämorrhagien; 7. Cl. Hypertrophien; 8. Cl. Atrophien; 9. Cl. Neubildungen. K....

584. Ueber den Sitz der Pocke in der Epidermis und die ersten Stadien des Pockenprocesses. Von Unna. (Virch. Arch. 69, Vierteljahrssch. f. Dermatol.)

Unna untersuchte grössere Hautstücke von den Plantae pedum einer frischen Pockenleiche.

Er bezeichnet das erste Stadium der Pockenbildung als das der Hypertrophie oder der entzündlichen Schwellung. Es erschienen die jüngeren Schichten der Epidermis und von den älteren die unterste, das Stratum lucidum, in erheblichem Grade geschwellt und aufgelockert. Die normal unkenntlichen Zellcontouren treten deutlich hervor, der Kernrest nimmt wieder Färbung an; ja, es scheint eine Regeneration des Kernes einzutreten, da einzelne der nach jeder Richtung geschwellten hellen Zellen kleine, ganz runde und sehr stark tingirte Kerne besitzen.

Die Vergrösserung des Rete und der basalen Hornschicht bewirkt schon jetzt eine papulöse Erhebung der Hautoberfläche. Von der Mächtigkeit der intacten, abgestorbenen Hornzellenlagen allein hängt es ab, ob bei weiterer Vergrösserung der Pocke dieselbe in gleichem Masse über

Digitized by Google

das Hautniveau emporsteigt, oder sich mehr in die Tiefe vergräbt, indem sie die Cutis vor sich her ausbuchtet.

Diese weitere Vergrösserung der Pocke aber wird bald von der basalen Hornschicht (dem Stratum lucidum) allein geleistet. Das Stratum lucidum verwandelt sich durch enorme Schwellung aller seiner Zellen in einen sehr hellen, durchsichtigen Körper von Gestalt einer biconvexen Linse; Verf. will ihn den „Pockenkörper" nennen. Er ist der wichtigste Theil der Pocke, der Hauptsitz aller späteren Veränderungen.

Das zweite Stadium des Pockenprocesses lässt sich definiren als das der Bildung der Pockenhöhle. Verf. schliesst sich hier der ältesten Beschreibung von Auspitz und Basch an, doch versetzt er den Sitz des Zerfalles und der Compression ausschliesslich in den „Pockenkörper", dessen unterer Theil überdies durch sich bildendes junges Bindegewebe zerklüftet werden soll, welches vom Papillarkörper aus sich in den Pockenkörper einstülpt.

Die „diphtheroiden, kernlosen Herde" Weigert's, welche stets im unteren Theile der Stachelschicht vorkommen sollen, hat Verf. in einem seiner Fälle und nur vereinzelt angetroffen und kann unmöglich zugeben, dass dieselben zur Genese der Pockenpustel in einer nothwendigen Beziehung stehen. Er hält es für nicht unwahrscheinlich, dass die ausgebreiteten „diphtheroiden Herde" Weigert's, welche vor ihm noch kein Forscher gesehen hatte, diese acuteste Nekrose schon der unteren Stachelschicht als ein individueller Zuwachs jener bösartigen Epidemie, in welcher sie W. ausschliesslich beobachtet hat, sich herausstellen mögen. Zu diesem Glauben verleitet Verf. insbesondere der Umstand, dass er an einigen Schnitten mitten im Pockenkörper an Stellen, wo er topographisch die Anfänge des körnigen Zerfalles vermuthen durfte, statt dessen kernlose Herde von geschwellten Hornzellen traf, welche den Herden Weigert's in der Tiefe der Stachelschicht genau entsprechen, wodurch ihm die Verwandtschaft, vielleicht nur graduelle Verschiedenheit beider Processe einleuchtete.

585. Ueber Vaccine-Lymphe und ihre Aufbewahrung. Von Völckers. (Eulenburg's Vierteljahrssch. 24, Vierteljahrssch. für Dermatologie.)

Völckers hält nach zwölfjähriger Erfahrung es als ein sicheres Erkennungszeichen wirksamer Lymphe, wenn sich in derselben ein geschlängelter Faden (Faserstoff) befindet. So lange dies der Fall, verhält sich die Lymphe ganz so, wie Lymphe von Arm zu Arm. Ist der Faden in der aus dem Röhrchen ausgeblasenen Lymphe nicht vorhanden, so ist dies ein Zeichen, dass der Faserstoff zerfallen und Zersetzung (Fäulniss) der Lymphe eingetreten sei. Solche Lymphe sei natürlich ganz wirkungslos.

Digitized by Google

586. Acute hämorrhagische Diathese nach Impfung der Schutzpocken. Von Fickert. (Dtsch. med. Wochensch., Vierteljahrssch. f. Dermatologie.)

Am 11. Mai 1876 wurden in Frankenberg in Sachsen 25 Kinder behufs Gewinnung regenerirter Lymphe von einem 14 Wochen alten Kalbe geimpft, welches sammt Mutterstück vom Thierarzt für gesund befunden worden war. Sämmtliche Impfungen waren vom besten Erfolge begleitet und zeigten die Pusteln am 7. Tage eine schöne helle Farbe mit einem sehr geringen Halo. Von der unter diesen 25 Kindern mit inbegriffenen 4jährigen gesunden Schuhmacherstochter Martha H. wurde am 18. Mai auf Wunsch der Mutter der 6jährige Arthur H. geimpft. Dieselbe war bei dem Anstechen der Pusteln sehr ungeberdig und wurde nur so viel Lymphe entnommen, als für den Bruder ausreichte. Am 24. Mai erschien Frau H. mit ihrem geimpften Sohne Arthur und bat den Verf. um Hilfe, da die Kuhpocken ganz schwarz aussähen, auch schwarze Punkte auf der Haut aufgetreten seien.

Auf beiden Oberarmen zeigten sich an den zu je 3 gemachten Impfschnitten in der Entwicklung dem 6. Tage entsprechende reichliche Vaccinepusteln von ganz dunkelblaurother Farbe, eine aufgekratzte Pustel liess missfarbiges dunkles Serum hervorquellen. Die Umgebung war stark blauroth in der Ausdehnung von $1^1/_2$ Ctm. sugillirt. Die Haut des ganzen Körpers zeigte stecknadelkopf- bis gurkenkerngrosse tintenschwarze Petechien. Frei hiervon erschienen nur die Handteller und Fusssohlen. Das Gesicht, der behaarte Theil des Kopfes, die Ohrmuscheln und die Oberschenkel zeigten diese Petechien besonders zahlreich. Das Allgemeinbefinden des Kindes war mässig gestört, leichte Fieberbewegung, etwas Mattigkeit und Appetitverlust waren vorhanden, liessen sich aber vollständig aus dem Kuhpockenfieber erklären. Es wurde örtlich Aq. Plumbi mit Spiritus camphoratus und innerlich Elix. acid. Halleri verordnet.

Am 25. Mai hatten sich die Petechien vermehrt, auf der Bindehaut des rechten unteren Augenlids zeigte sich ebenfalls eine Petechie, anhaltendes Nasenbluten hatte stattgefunden und der Mund war mit blutigem Speichel gefüllt. Das Zahnfleisch livid, Submaxillardrüse rechts geschwollen. Die Kuhpocken hatten sich etwas vergrössert, ebenso der sugillirte Hof. An beiden Ellbogen, namentlich links, bildete sich eine weiche, ödematöse Geschwulst, welche ebenfalls sugillirt und blutunterlaufen war. Das Allgemeinbefinden war befriedigend. Der Knabe ging in der Stube umher und versagte die Nahrung nicht ganz. Am 26. Mai hatte die Geschwulst am linken Ellbogen stark zugenommen, jedoch zeigte die sugillirte Umgebung um die Vaccine-Pusteln keine Zunahme. Am 27. Mai war dieser Hof und auch die Geschwulst am Ellbogen im deutlichen Abnehmen begriffen, die blutige Beschaffenheit des Speichels hatte sich verloren, ebenso die livide Färbung des Zahnfleisches. Der Knabe zeigte sich etwas munterer. Die Impfpusteln hatten einen regelmässigen Verlauf, blieben aber dunkelblauroth gefärbt. Am 30. Mai war der Knabe spielend auf der Strasse angetroffen worden und befand sich wieder ganz wohl. Die Petechien erschienen blass und waren die kleineren bereits durch Abblassen verschwunden. Die Impfpusteln waren bereits vertrocknet und zu schwarzen Borken verschrumpft, eine solche Borke war abgefallen und darunter zeigte sich eine normale Impfnarbe. Die Umgebung der Pusteln war bedeutend abgeblasst, die Geschwulst am Ellbogen gefallen und die Sugillation ebenfalls abgeblasst und in's Gelbliche und Bläuliche spielend.

Der Knabe war angeblich immer mit hartnäckigen Haut- und Drüsenkrankheiten geplagt. Besonders soll er ebenso wie ein älterer Bruder an schwer zu stillendem Nasenbluten leiden, auch kleine Hautabschilferungen und sonstige Verletzungen bluten lange nach. Narben von Verschwärungen sind an der Innenseite des rechten Oberschenkels zu bemerken. Beim Impfen bluteten die seichten Impf-

Digitized by Google

schnitte längere Zeit fort. Der Knabe scheint nach alledem ein Hämophile zu sein und die habituelle hämorrhagische Diathese hat sich durch das Impfen zu einer Exacerbation gesteigert.

587. Mehrere, zum Theile tödtlich verlaufende Fälle von Erysipelas bullosum nach der Impfung. Von Meinert. (Dtsch. med. Wochensch. 1876. Vierteljahressch. f. Dermatol.)

Folgende Erkrankungsfälle, welche Meinert bekannt macht, ereigneten sich im Sommer 1875 im Städtchen Radeberg bei Dresden. Die von Erysipel betroffenen Kinder waren sämmtlich — und, wie die Impfscheine besagen, mit Erfolg — im öffentlichen Impflocal vom Impfarzt, Dr. Dommer, geimpft worden, eins am 9. Juni, vier am 26. Juni und eins am 3. Juli.

1. Auguste Selma Kuneth, 18 Monate alt, seither gesund, wurde am 9. Juni geimpft. Am 5. oder 6. Tage waren auf beiden, stark gerötheten Oberarmen um deutliche Impfpusteln herum eine Anzahl Blasen bis zur Grösse eines Pfennigs sichtbar, doch bereits in einigen Tagen wieder verschwunden. Hitze, Diarrhöe, Erbrechen. Entzündung der Oberarme und Fieber dauerten fort bis zum Tode am 13. Tage.

2. Auguste Anna Sickert, 18 Monate alt, seither gesund, wurde am 26. Juni geimpft. Am 3. Tage um die Impfknötchen herum auf beiden gerötheten Oberarmen einige Blasen bis zur Grösse eines Pfennigs. Heftiges Fieber bis zum 10. oder 11. Tage, wo ein spärlicher, blatternartiger Ausschlag über den ganzen Körper ausbrach. Das Kind wurde von Dr. Dommer behandelt und genas.

3. Hermann Schwipps, 15 Monate alt, seither gesund, wurde am 26. Juni geimpft, unmittelbar nach Nr. 2. Stürmische Entwicklung der Impfpocken, welche am 5. Tage auf beiden Armen zu je einem thalergrossen Geschwür confluiren und am 7. Tage bei starker Röthung der Oberarme von Blasen umgeben sind. Die Röthe, verbunden mit einem dichten pustulösen Ausschlag, hat sich am 8. Tage über Brust, Rücken, Stirn und Nase verbreitet. Gegen den 10. Tag sind die Pusteln sämmtlich aufgegangen und hinterlassen grosse wunde Hautflächen, welche sich in der Folge mit dicken Krusten bedecken. Ca. am 14. Tage, bis wohin heftiges Fieber bestand, Schwellung der unteren Extremitäten. Am 23. Tage fand Verf. den Körper des Kindes fast durchgängig mit bis liniendicken gelblichen Borken bedeckt; am 31. Tage die Desquamation beendet bis auf den noch dicht mit Borken bedeckten behaarten Theil des Kopfes, im Gesicht einige Acnepusteln, hinter dem linken Ohr einen kirschgrossen Furunkel und auf jedem Oberarm eine thalergrosse flache Narbe.

4. Lina Auguste Sigmund, 6 Monate alt, seither gesund (bis auf 4 Wochen vorher aufgetretene Zahnungsbeschwerden, bei welchen man Dr. Dommer consultirte), wurde am 26. Juni geimpft, unmittelbar nach Nr. 3. Am 7. T. (Revision) auf beiden stark gerötheten Oberarmen um die Impfpusteln herum einige Blasen, welche sich noch selbigen Tags entleerten. Am 8. Tage um die Nase herum auf gerötheter Haut zahlreiche, bald confluirende Blasen. Am 9. Tage dieselbe Erscheinung auf Hals und Brust. Als das Kind aus dem Bett gehoben wurde, blieb die Oberhaut des Rückens an der Unterlage hängen, eine einzige wunde Fläche hinterlassend. Am 10. Tage Verbreitung der Röthe und der confluirenden Blasen über die Beine; in den Kniekehlen hingen die Blasen wie Beutel herab. Nachdem vom 7. Tage an beständig grosse Hitze und Unruhe vorhanden gewesen war, trat am 10. Tage der Tod ein.

5. Friedrich Max Sigmund (nicht verwandt mit Nr. 4), 16 Monate alt, seither gesund, wurde am 25. Juni geimpft, in demselben Termin mit Nr. 2—4,

Digitized by Google

doch fraglich in welcher Reihenfolge. Am 4. Tage um die Impfstellen herum Blasen, welche rasch confluiren und am 7. Tage die Oberarme ganz einnehmen. An den Impfstellen schwammige Geschwüre. Am 8. Tage Stirn geröthet und mit Blasen bedeckt. Am 9. Tage blieb — wie bei Nr. 4 — die Oberhaut des Rückens an der Unterlage hängen; ausserdem hatte sich Entzündung und Blasenbildung über den behaarten Kopf, die Ohren, den Hals und die Brust verbreitet. Die Blasen liefen bald aus und hinterliessen wunde Flächen. In den letzten Tagen fand sich auch auf dem Nabel eine thalergrosse hochgewölbte Blase und die Beine waren mit zusammengelaufenen Blasen ganz überdeckt, welche in den Kniekehlen beutelartig herabhingen. Hodensack stark geschwollen. Vom 4. Tage an lag das Kind unausgesetzt in grosser Hitze und Unruhe bis zum Tode, welcher am 14. Tage eintrat.

6. Ottilie Anna Zimmerman, 9 Monate alt, seither gesund, wurde am 3. Juli geimpft, während Nr. 4 und 5 zur Revision im Local anwesend waren. Rechts entwickelten sich die Impfblattern normal. Links am 3. Tage Eiterung ohne Pustelbildung; am 5. Tage verschwand die Eiterung bei lebhafter Röthung des ganzen (linken) Oberarms und heftigem Fieber, welches bei grosser Unruhe bis zuletzt fortdauerte. Am 7. oder 8. Tage Blasenbildung um die Impfstellen des linken Oberarms. Am 8. Tage war die Entzündung über die linke Seite des Rumpfs verbreitet und namentlich auf dem Rücken wurden zahlreiche bis thalergrosse Blasen sichtbar. Impfpocken rechts normal, links an Stelle derselben schwammige Geschwüre. Der Tod trat am 10. Tage ein, nachdem sich die Entzündung über den ganzen Körper verbreitet hatte.

Was die Natur der Krankheit betrifft, so hat man es hier nach dem Verf. mit einem durch Blasenbildung charakterisirten Erysipel zu thun, von welchem man nach den äusseren Umständen, und da es sich in allen Fällen von den Impfstellen aus verbreitete, annehmen muss, dass es durch die Impfung oder mindestens gelegentlich der Impfung acquirirt worden ist.

Aus den Mittheilungen des Impfarztes Dr. Dommer geht hervor, dass bei den öffentlichen Impfungen in R. nur trocken conservirte Lymphe zur Verwendung kam. Von Erkrankungen der Stammimpflinge jener 6 Kinder ist Nichts bekannt geworden.

Der Redacteur der deutsch. med. Wochensch. Dr. Börner bestätigt in einer Nachschrift im Allgemeinen die Richtigkeit der Angaben des vorstehenden Aufsatzes und weist auf die in der Literatur enthaltenen Beobachtungen ähnlicher Fälle hin.

588. Erysipelas faciei vom Pharynx ausgehend. Von St. Philippe. (Gaz. d. Hôpit. 1876, Vierteljahressch. f. Dermatol.)

Eine äusserst heftige Angina leitete das Erysipel ein, welches von einer Ausgangsöffnung der Nasenhöhle aus — in dem einen Falle von einem Thränenpunkte, in dem andern von einem Nasenloche — das Gesicht überzog. Das eigenthümliche Aussehen der anginösen Schleimhaut, welches Verf. mit dem Glanz der Perlmutter oder eines gefirnissten Gegenstandes vergleicht, das Vorkommen von Blasen, Phlyktaenen und Oedem, die Anschwellung von Cervicaldrüsen, zumal aber Nausea, Erbrechen und andere gastrische Störungen scheinen dem Verf. charakteristisch. Die Prognose betrachtet er als bedenklich nach den Erfahrungen, welche man über Erysipelas gemacht hat, welches den Pharynx secundär ergreift. Er empfiehlt eine exspectative Behandlung.

Digitized by Google

589. Ein Beitrag zum Studium der Original-Vaccine. Von M. A. Chauveau. (Revue mensuelle de méd. et. de chir. April 1877.)

Die lange und etwas gedehnte Abhandlung soll von uns nur der Hauptsache nach wiedergegeben werden, wir werden aber Einzelheiten herausgreifen, welche mit Rücksicht auf die Impfung oder mit Rücksicht auf die Auffassung der Infectionskrankheiten überhaupt uns von Interesse zu sein scheinen. Die ursprüngliche Jenner'sche Vaccine stammte direct vom Pferde ab oder von Kühen, welche sie von Pferden überkommen hatten.

Die letztere Thatsache ist mindestens im hohen Grade wahrscheinlich, weil spontan die Vaccine des Rindes nur bei Milchkühen und zwar immer nur an der Brustdrüse, in der Mehrzahl der Fälle sogar an den Warzen beobachtet wurde, also der Verdacht begründet ist, dass sie dahin durch die Hände der Melker überimpft worden ist. Eine auf vergleichende klinische und experimentelle Beobachtung gestützte Untersuchung des Verhaltens des Pferdes, Rindes und des Menschen gegen die Vaccine ergibt, dass unzweifelhaft das Pferd die beste Eignung besitzt zur Production und Fortpflanzung der wirksamen Vaccine.

Ausser dem Menschen, den Einhufern und dem Genus Rind gibt es noch andere, vaccinifere Species, z. B. Ziege, Schaf, Hund etc., von denen die Ziege nach Auzias Turenne sogar dem Rinde als gleichwerthiges Vaccinifere an die Seite zu stellen sei.

Das Pferd ist am häufigsten der Träger der spontanen Vaccine. Diese erscheint immer unter dem Bilde eines gutartigen Eruptionsfiebers und häufig ist die Eruption eine allgemeine, wobei aber immer noch die Besonderheit der Prädilectionsstellen, Lippen, Nase, Nüstern, die regio genito-analis und die Extremitäten daran deutlich wird, dass die Efflorescenzen an anderen Körperstellen langsamer erfolgen, dünner gesät, kleiner, von kürzerer Dauer sind und eine geringere Menge Lymphe liefern, die überdies auch viel weniger virulent ist. Zwei Transfusionen von 500 und 1000 Gramm Blut aus der Ader von Pferden, bei welchen gerade eine gut entwickelte Eruption von Vaccine erfolgt war, in die Ader von 2 jungen und, wie sich nachträglich ergab, für die Vaccine sehr empfänglichen Pferden, gab ein ganz negatives Resultat.

Ch. schliesst daraus nur, dass 500—1000 Gramm Blut nicht genug vom Virus enthalten.

Unter allen Umständen muss man daran festhalten, dass die Vaccine immer, auch die sogenannte spontane, durch ein specifisches Contagium hervorgerufen wird.

Die subepidermidale Vaccination beim Pferde gibt immer locale Erfolge, bei jungen Pferden auch durchaus nicht selten allgemeine Eruptionen.

Spontane und inoculirte Vaccine unterscheiden sich von aneinander gewiss dadurch, dass bei der ersteren der Eintrittsweg des Virus in den

Digitized by Google

Organismus nicht die Haut ist. Wenn bei der inoculirten Vaccine eine Eruption an den Prädilectionsstellen der spontanen Vaccine nicht auftritt, trotzdem eine Resorption des Virus von den Impfstellen aus stattfindet, so hat man sich dies vielleicht so zu erklären, dass die Impfefflorescenzen schon während ihrer Entwicklung ihr protectives Vermögen dadurch äussern, dass sie jene vermisste Eruption verhindern.

Einen interessanten Beitrag zu dieser Hypothese liefert folgendes Experiment.

Wenn man einem Pferde an der Haut des Halses 5—6 Impfstiche beibringt, diese nach 24—48 Stunden ausschneidet, die Hautwunden sodann vernäht, so dass Heilung per primam intentionem eintritt, verhindert man selbstverständlich die Entwicklung der Impfefflorescenzen und ihren hemmenden Einfluss auf die Eruption von Efflorescenzen an den Prädilectionsstellen, eine Resorption von Virus hat aber schon stattgefunden und so kann man in der That auch zuweilen nach 15—20 Tagen ein Vaccineexanthem an den Electionsstellen beobachten. Es lag danach nahe, Beobachtungen an Pferden zu machen, denen das Vaccinevirus auf andern Wegen in die Circulation gebracht wird als subcutan.

Getrockneter Vaccinestaub von Pferden direct in die Trachea inhalirt, erzeugte nur ausnahmsweise Vaccinepusteln an der Nase und an den Lippen.

Vaccinelymphe im Getränke den Pferden beigebracht, erzeugte 2mal ganz besonders schöne Allgemeineruptionen, einige Male minder schöne Resultate, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle negative Ergebnisse.

Subcutane Injection von Vaccinelymphe erzeugte immer grössere oder kleinere subcutane Tumoren, hie und da allgemeine Eruptionen.

Injectionen von Vaccine in Lymphgefässe ergaben 4mal unter 11 Versuchen sehr schöne Vaccineexantheme.

27 Injectionen von Vaccine in Blutgefässe ergaben 11 positive Resultate.

Es muss wohl bei allen diesen Arten der Einverleibung der Vaccine die relativ grosse Zahl von negativen Resultaten auffallen.

Allein, wie man diese Versuchsthiere nachträglich subepidermidal inoculirt, so erhält man immer keine Efflorescenzen, auch bei denen nicht, bei welchen das erste Mal keinerlei Eruption erfolgt war.

Diese negativen Resultate sind demnach nur scheinbar negativ, sie haben die Bedeutung von Vaccine sine exanthemate.

Allerdings muss hinzugefügt werden, dass der Controlversuch nicht bei allen Versuchsthieren gemacht worden ist, ganz sicher aber ist es, dass bei Pferden, denen Vaccinelymphe subcutan injicirt worden war und die darauf einen subcutanen Knoten bekamen, die nachträgliche Vaccination nie anschlug.

Was das Rind betrifft, so haben die Versuche und klinischen Erfahrungen ergeben:

Digitized by Google

1. Das Rind wird viel seltener von spontaner Vaccine befallen und betrifft ausschliesslich die Milchkuh, wahrscheinlich meist in Folge von Uebertragung des Contagiums beim Melken.

2. Subepidermidal lässt sich die Vaccine auf das Rind ebenso leicht übertragen, als auf das Pferd, aber beim Rinde erfolgt nie eine allgemeine Eruption.

3. Auf eine andere Weise, als die eben angeführte, lässt sich beim Rinde Vaccine nicht produciren, es wird also in dieser Beziehung vom Pferde übertroffen.

4. Gleich beim Rinde ergeben subcutane Injectionen von Lymphe, welche subcutane Knoten hervorriefen, ein Verhalten gegen nachträgliche subepidermidale Vaccination, welches die Annahme einer Vaccine sine exanthemate rechtfertigt.

5. Injectionen von Vaccine in die Lymph- oder Blutgefässe ergaben absolut negative Resultate. Diese Versuche bezeichnet aber Chauveau selbst als unverlässlich.

6. Der Organismus des Pferdes ist unzweifelhaft geeigneter für die Cultur von Vaccine als der des Rindes.

7. Am Menschen hat Ch. einige Versuche gemacht, welche hier erwähnt werden sollen.

2—4 Centigr. humanisirte Vaccinlymphe wurde einmal 3 Kindern subcutan injicirt, keines bekam eine Hauteruption, eines einen subcutanen Knoten. Dieses eine erwies sich als immun gegen subepidermidale Vaccination, die beiden andern nicht.

Von einer 2. Serie von 3 ebenso behandelten Kindern bekamen zwei subcutane Knoten, eines keine.

Der Controle konnte nur eines von den 2 erstern Kindern unterworfen werden und dieses war wieder immun gegen subepidermidale Vaccination.

Jedenfalls lässt sich die Vaccine ausschliesslich beim Menschen so gut oder besser fortpflanzen als beim Rinde, allgemeine Eruptionen kommen beim Menschen selten vor, beim Rinde nie, eine Auffrischung der humanisirten Lymphe an der Kuh ist ganz überflüssig, und findet thatsächlich gar nicht statt.

Der Mensch ist also ein besserer Vaccinefere als das Rind, aber schlechter als das Pferd.

Der Organismus des Pferdes ist das eigentliche Vaterland der natürlichen Vaccine. Eisenschitz.

590. **Ueber die Cultur animaler Vaccine.** Von Prof. Dr. Röll. (Wr. med. Wochenschr. 13, 14 und 15. 1877.)

Prof. Röll besuchte die Impfinstitute von Haag, Rotterdam (2 Privatinstitute), Hamburg, Utrecht und Brüssel (3 Staatsinstitute).

Die Privatinstitute werden durch Privatunterstützungen unterhalten und von Aerzten unentgeltlich geleitet und impfen direct vom Kalbe auf

Digitized by Google

den Arm; die Staatsanstalt in Brüssel ist nur verpflichtet, die animale Vaccine an Thieren fortzupflanzen und solchen oder humanisirten Impfstoff der 1. Generation abzugeben.

Die Impfkälber erleiden durch die Impfung keinen Gewichtsverlust und der Genuss derselben, wenn sie unmittelbar nach Abnahme des Impfstoffes, also vor Eintritt des Reactionsfiebers geschlachtet werden, ist ganz unbedenklich.

Weibliche Thiere werden den männlichen vorgezogen, weil sie den Operationstisch nicht mit Harn verunreinigen.

Die Thiere müssen nach der Impfung durch Zwang verhindert werden, die Impfstellen zu belecken.

Behufs der Befestigung der Thiere stehen für diesen Zweck construirte Operationstische zur Verfügung.

Nachdem die Bauchhaut von der Symphyse oss. pubis bis zum Nabel abrasirt ist, wird mit 60—100, ca. 3 Ctm. weit von einander abstehenden Stichen oder 1 Ctm. langen Schnitten geimpft, und zwar von Kalb zu Kalb oder mittelst conservirter Lymphe.

Die Abnahme des Impfstoffes erfolgt am 4. oder 5. Tage, von späteren Tagen ist er unwirksam.

Die Impfefflorescenzen bilden Knoten, welche ihrer Epidermis beraubt und überdies durch eine ihrer Basis angelegte Schieberpincette die Lymphe ausfliessen lassen, oder es wird der geklemmte Impfknoten mit einer Lancette abgeschabt und dieser Brei zwischen Glasplatten zur Weiterimpfung abgegeben.

Conservirt wird die Lymphe in Haarröhrchen, oder eingetrocknet auf Glasplatten oder Elfenbeinplättchen, welche letztere vorher in eine Lösung von Gummi arab. getaucht sind, um das Eindringen des Impfstoffes in die Poren zu verhindern.

Die Resultate der Impfung von Menschen mit frischer, animaler Vaccine kommen jener mit humanisirter Vaccine gleich, nur entwickeln sich die Pusteln etwas später als bei der humanisirten Lymphe.

In Haag und Utrecht werden die Individuen, welche weniger als 4 Pusteln bekommen haben, von den eigenen Pusteln weiter geimpft (Autorevaccination) und zwar in der Mehrzahl der Fälle mit Erfolg.

Die conservirte animale Lymphe wird für den Menschen früher unwirksam, als für das Kalb, aber nach Holländisch-Ostindien verschickt, liefert sie noch immer 50% positiver Erfolge.

Ueber die beste Conservirungsmethode gehen die Stimmen noch sehr auseinander.

Pissin gibt an, mit conservirter Lymphe 98% positiver Erfolge bei Vaccinationen und 50% bei Revaccinationen, Warlamont (Brüssel) 96 resp. 62% erzielt zu haben.

Warlamont war im Stande, während 6 Monate täglich animale Vaccine für 500 Vaccinationen abzugeben. Röll glaubt im Hinblicke

Digitized by Google

auf seine gesammelten Beobachtungen die Gründung einer Anstalt für die Cultur animaler Lymphe in Oesterreich empfehlen zu müssen, und zwar einer solchen, welche die unmittelbare Abimpfung vom Kalbe auf das Kind ermöglicht und deren Leiter vorläufig genau die an ausländischen Instituten geübten Methoden zu beachten hätten.

Was die Kosten betrifft, so betragen dieselben für die grosse Anstalt in Hamburg jährlich 10.000 Mark. Eisenschitz.

591. **Ueber Pharyngo-Nasal-Syphilis.** Von Charles Mauriac. (Bul. gén. de thérap. med. et chirurg. 3. und 4. Lief. 1876.)

Der Verf. bespricht zuerst die relative Häufigkeit des Vorkommens der Pharyngo-Nasal-Syphilis und constatirt, dass sie zuweilen selbst nach der zweckmässigsten Behandlung der mit Lues Behafteten bemerkt wird. Am meisten Bürgschaft, dass sie nicht auftrete, gibt noch das Jodkali, während Mercur nur das Auftreten zu verzögern scheint. Nach Prüfung vieler Fälle kommt man zu dem Ergebniss, dass man alle Syphilisformen gleich vom Anfange an je nach Besonderheit des Falles mit Quecksilber allein oder mit diesem und Jod behandele und dass man die Behandlung möglichst lange ausdehne, während derselben aber dem Körper Ruhepausen gönne, damit er die vielleicht verlorene Empfänglichkeit gegen die Medicamente wieder erlange. Auf diese Weise (meint der Verf.) gelingt es häufig, nicht blos die einzelnen Symptome der Diathese, sondern diese selbst zu heilen. Volle Garantie, dass letzteres geschehen, gibt kein Verfahren. Jedenfalls aber meide man die exspectative Methode. — Vom Jodkali, sagt der Verf., gebe man grosse Dosen. Die Intoxicationserscheinungen sollen dann weniger intensiv auftreten, als bei kleinen. (? Ref.)

Es ist das einzige Mittel, welches dem Processe bei Pharyngo-Nasal-Syphilis Einhalt thut. Quecksilber wirkt langsamer und man muss, wenn es sich um Knoten, Gummata, diffuse hyperplastische Infiltrate des Gaumensegels, des harten Gaumens, am Isthmus faucium handelt, ein rasch wirkendes Mittel haben. Wie bald tritt da nicht Zerfall ein, ein Substanzverlust ist unausweichlich und wiewohl alle diese Erscheinungen an anderen Körperstellen auch beobachtet werden, haben sie doch nicht überall dieselbe ernste Bedeutung. Das Jod scheint da der Zellen-Proliferation Einhalt zu thun, vorausgesetzt, dass der Kranke das Mittel verträgt — denn das Gegentheil kommt häufig genug vor. Ist aber schon so viel Zellenneubildung vorhanden, dass das originäre Gewebe erdrückt, seine Ernährung behindert, seine Elimination hintangehalten wird, dann gibt es überhaupt kein wirksames Mittel mehr. Auch dann aber wird das Jod die Ausbreitung des schon bestehenden Schadens theilweise einengen und erst wenn man sich überzeugt hat, dass es auch in grossen Dosen unwirksam ist, vereinige man es mit dem Mercur.

Was die örtliche Behandlung anlangt, so hüte man sich, zu eilig mit Reizmitteln vorzugehen, vermeide es, die Knoten, Gummate etc. zu

Digitized by Google

touchiren, wenn sie im Stadium der Zunahme sind; dagegen thue man dies, wenn sie im Zerfall begriffen sind. Nitras Argenti oder Jodtinctur reichen zu diesem Zwecke aus: stärkere Aetzmittel sind zu meiden. Dasselbe gilt von bereits vorhandenen Geschwüren. Sehr zweckmässig ist die Weberische Nasendouche. Vermittelst dieser besplült man die Nasenrachenhöhle mit lauen Lösungen von Kochsalz (10·0 auf 1 Lit.) oder man setzt 1 Lit. Wasser 2 Esslöffel von folgenden Lösungen zu, Kali hypermang. — 10·0 Aqu. font. 100·0, oder Acid. phen. 1·0 Aqu. 100·0, oder Solut. Labarraque 5·0—10·0 Aqu. 100·0. Man kann auch statt des Wassers eine Abkochung von Nussblättern, Chinarinde, Ratanhia etc. nehmen, mit Zusatz von Sulf. Zinc 0·5—0·8 oder Alaun 0·5—0·8 oder von Acet. plumb. 1·0, Chlorkali 5·0—10·0. Guersant verwendet 500·0 Milch mit 2—3 Esslöffel Liquor van Swieten. Auch Schnupfpulver braucht man von Zucker bei trockener, von talc. venet. bei secernirender Ozaena nach folgenden Formeln: Sacch. (Talc. venet.) 10·0, Calomel 0·5, Magist. Bismuthi 5·0, oder Sacch. (Talc. venet.) 15·0, Praecipt rbr. 0·25 oder Alum., Tann. aa. 1·0, Talc. 10·0, Mag. Bism. 5·0.

Bei Wucherungen empfiehlt sich Nitr. argenti en crayon oder in destillirtem Wasser oder Glycerin (1 : 5—10) gelöst und damit eingepinselt. Zu gleichem Zwecke verwendet man eine Salbe (1·0—0·5 auf 20·0 Fett). Die locale Behandlung wird die Ozaena bessern, die Secretion verringern, die Vernarbung der Geschwüre, die Abstossung necrotischer Knochen beschleunigen.

Sind einmal Substanzverluste entstanden, so müssen diese auf chirurgischem Wege beseitigt werden. Es ist gut, zu diesem Zwecke das Ende der Syphilis abzuwarten; doch gibt diese keine Contraindication für die Operation ab. Für grosse Defecte bleiben künstliche Ersatzstücke das Beste.

Die Pharyngo-Nasal-Syphilis könnte mit Erkrankung des Nasenrachenraumes in Folge von Scrophulose verwechselt werden. Behufs Feststellung der Diagnose verordne man Quecksilber und Jod und erst, wenn diese unwirksam sind, Antiscrophulosa (Leberthran in grossen Dosen, Jodeisen, Chinin, Tonica, substantiöse Nahrung, Landluft, Schwefel- und Seebäder). Die örtliche Behandlung besteht in Anwendung der Jodtinctur allein oder mit Opium, Tinct. aether. Jodoformii, Chlorzink (auf 100 bis 200 Wasser), Chromsäure (mit 4—8 Theilen Wasser). Letztere wird sehr gut vertragen und soll nach Angabe des Verf. gegen Glottis-Oedem sehr wirksam sein, die Tracheotomie ersparen. Emanuel Kohn.

592. Dactylitis syphilitica. Von Ruggero Galassi. (Giorn. ital. del. mal. ven. e. d. pel. 1876.)

Eine Frau erkrankte an Syphilis. Es entwickelten sich an ihr die verschiedensten Erscheinungen dieser Krankheit und sie gebar auch zwei Kinder, welche an congenitaler Lues zu Grunde gingen. 13 Jahre nach

Digitized by Google

stattgefundener Infection schwoll der Mittelfinger der rechten Hand an, ward schmerzhaft und konnte nur mit Mühe bewegt werden. Nach kurzer Zeit schwanden diese Symptome. Nach 5 Monaten wiederholten sich dieselben Erscheinungen und traten auch am Metacarpus des Daumens und der kleinen Zehe auf. In Folge dessen war die Hand ganz umgestaltet, die Haut gedehnt, von zahlreichen erweiterten Venen durchzogen, ihr Colorit bläulich. Fluctuation war in den geschwellten Partien nicht nachweisbar, aber die Elasticität schien etwas erhöht zu sein. Gegen Druck waren die erkrankten Theile nicht empfindlich. Die Bewegungen waren beschränkt. Therapie: Jodkali und Bijoduretum Hydrarg. In 14 Tagen, 3 Wochen bildeten sich alle Erscheinungen zurück.

Das geschilderte Leiden kann mit Spina ventosa verwechselt werden. Aber diese hat einen chronischen Verlauf und andere Erscheinungen von Scrophulose gehen voraus oder folgen. Sie befällt nur Kinder, meist vor dem 5. Lebensjahre. Die Dactylit. syph. dagegen befällt nur Erwachsene und hat andere Symptome von Syphilis zu Vorläufern oder zu Begleitern. Ferner ist Spina ventosa eine Knochenerkrankung, bei Dact. syph. dagegen sind alle das Glied constituirenden Gewebe ergriffen, ja gerade der Knochen kann gesund und seine Umhüllungen bis zur allgemeinen Decke und diese selbst afficirt sein, so dass der Ausgangspunkt des ganzen (gummösen) Processes oft gar nicht zu bestimmen ist. Bemerkt muss werden, dass Onychie des befallenen Gliedes neben Dact. syph. nicht beobachtet wurde. Diejenige Art der Dact. syph., welche vom Knochen oder Periost ausgeht (im Gegensatze zu jener Art, welche im Bindegewebe oder in der Sehnenscheide ihren Ursprung hat) kann der Spin. vent. noch am ehesten ähnlich sein. Man fand ausnahmsweise allerdings in derartigen Fällen auch Fistelgänge, welche zur medulla ossis führten, wie bei Spin. vent., aber sie schlossen sich unter dem erfolgreichen Einflusse einer specifischen Behandlung und der Process veranlasste geringe Entstellung der Phalanx, während bei der Spina ventosa in Folge der bedeutenden Nekrose namhafte Verkürzungen eintreten. — Von Gicht unterscheidet sich die Dact. syph. durch die Schmerzlosigkeit und den langsamen Verlauf, der chronische Rheumatismus lässt die Haut unbehelligt und schafft dauernde, auffällige Verkrümmungen. Das Enchondrom, der vom Periost ausgehenden Form der Dact. syph. sehr ähnlich, stellt einen harten umschriebenen, rasch — trotz aller Therapie — sich vergrössernden Tumor dar. — Eine richtige Diagnose des Zustandes ist deshalb hier von besonderer Wichtigkeit, damit rechtzeitig die allein wirksame specifische Behandlung angewendet werde. Emanuel Kohn.

593. Ueber Synovitis tendinosa blennorrhagica. Von Dr. Maymoir. (Arch. gén. de med. Novemb. 1875.)

Nachdem Sell und Swedraur auf den Tripperrheumatismus aufmerksam gemacht haben, war Rollet der erste, welcher die Erkrankung

Digitized by Google

der Synovial-Membranen der Sehnenscheiden bei Blen. in's rechte Licht setzte, welche nach Diday bald mit, bald ohne die Gelenke erkranken können, und von ersterem Umstande rührt auch die Verwechslung mit Tripperrheuma her, welche bei oberflächlicher Untersuchung leicht möglich. Die Verwechslung wird, wenn nicht eine dem Verlaufe einer Sehne entsprechende Geschwulst, Schmerz in einer diesem Verlaufe entsprechenden Richtung vorhanden ist, am besten dadurch gemieden, dass man die Muskeln durch eine entsprechende Haltung relaxirt und nun passive Bewegungen im entsprechenden Gelenke ausführt. Ueber den Zusammenhang dieses Leidens mit dem Tripper gibt es verschiedene Ansichten. Einige behaupten, das gleichzeitige Vorkommen sei nur Zufall, andere, es liege hier eine rheumatische Disposition (z. B. Heredität) zu Grunde, eine dritte Partei behauptet, es stehe das Leiden wohl mit dem Tripper, aber nicht mit Rheuma in Connex. Das Leiden tritt selten am Ende der 1. Woche des Bestehens der Blen. auf, zuweilen aber erst nach einigen Monaten und zeigt häufig fast gar keine Prodrome, ausser einigem Uebelbefinden manchmal einen mehr oder weniger heftigen Schüttelfrost, Schmerz in einem Gelenke oder längs einer Sehnenscheide. Dieser Schmerz dauert bald wenig, bald sehr intensiv kürzere oder längere Zeit und es gesellen sich zu ihm oder folgen ihm Schmerzen in anderen Gelenken von kurzer Dauer meist. Weder Röthe noch Schwellung ist vorhanden. Dabei ist das Allgemeinbefinden mehr oder weniger getrübt, Appetitlosigkeit in verschiedenem Grade, belegte Zunge, Brechreizung, Erbrechen. Die Urethritis bleibt meist unverändert.

Dann wird Anschwellung der Sehne, eine Art Fluctuations-Zeichen des stattgefundenen Ergusses bemerkt. Die Form der ersteren ist länglich, dem Verlaufe der Sehne entsprechend oder rundlich, diese an Breite überragend. Die Stelle ist röthlich verfärbt und sie ist beim Drucke am meisten empfindlich. Manchmal, besonders anfangs, zeigt sich peripheres Oedem, dessen Umfang zu jener Empfindlichkeit im geraden Verhältnisse steht.

Das constanteste Symptom ist die Schmerzhaftigkeit. Der spontane Schmerz dauert gewöhnlich $^1/_2$—1 ganze Woche und zeigt nächtliche Exacerbationen, dann schwindet er bei Tage, ist aber bei Nacht noch ziemlich intensiv. Der Schmerz beim Drucke längs eines Theiles des Verlaufes der Sehne ist bisweilen beträchtlich.

Active und passive Bewegung ist gleichfalls schmerzhaft und ein Mittel zur Feststellung der Erkenntniss des Sitzes des Leidens. Zur Verringerung des Schmerzes geben die Kranken den ergriffenen Theilen eine eigenthümliche Haltung behufs der Entspannung der Muskeln. Dieses Symptom schwindet zuletzt, während die erwähnten Störungen des Allgemeinbefindens rasch weichen.

Meist ist nur eine Sehnenscheide ergriffen, manchmal aber sind mehrere afficirt, die entweder aneinander grenzen oder auch weiter von ein-

Digitized by Google

ander entfernt sind, und es kommt auch vor, dass die Synovialmembran eines benachbarten oder entfernten Gelenkes erkrankt ist.

Der Tripper verhält sich dabei verschieden, nimmt ab, bleibt stationär, schwindet nur nach der Heilung des Sehnenleidens, um sich wieder zu zeigen etc.

Das Leiden findet sich am häufigsten an den Streckern der Finger und des Daumens, den diesen entsprechenden Muskeln der unteren Extremität, an dem Biceps femoris, brachii etc.

Die Dauer beträgt durchschnittlich 4—6 Wochen. Zu den Complicationen gehört die Arthritis blennorrhagica, welche in allen Stücken sich so verhält wie das in Rede stehende Leiden, nur dass die Gelenke befallen werden. Herz- und Gehirnaffectionen dagegen finden sich nicht.

Die Krankheit endet fast immer in vollständige Genesung, nachdem durch kurze Zeit Schwäche und Empfindlichkeit, Beschränktheit der Bewegung bestand, immer vorausgesetzt, dass man es mit einer reinen tendinitis blenn. zu thun hat. Weniger sicher ist die Prognose bezüglich der Dauer.

Die Diagnose des Leidens macht man nur sicher bei gleichzeitiger Rücksichtnahme auf das Genitale. Verwechselt könnte es nur werden 1. mit Arthritis blennorrhagica. Das wird besonders der Fall sein, wenn viele oder alle Sehnen um ein Gelenk herum ergriffen sind. Doch wird auch im letzteren Falle die Configuration der Schwellung, Schmerzlosigkeit bei einem Drucke auf das Gelenk, durch welchen die leidende Sehne nicht gezerrt wird, zur richtigen Erkenntniss führen; 2. mit rheumatischer Sehnenentzündung. — Diese ist jedoch immer mit heftigem Fieber verbunden und hat selten als Vorläufer die vagen Schmerzen, welche die Synovitis tendinosa blenn. charakterisiren. Als Hauptunterschied figurirt noch bei letzterer das Oedem; 3. mit Synovitis syph. Letztere zeigt jedoch einen geringen Erguss und Schmerz und wenig Verfärbung der Haut; 4. mit Synovitis traumatica, welche das Ergebniss der Ueberanstrengung ist (wie wir häufig bei Wäscherinnen, wahrscheinlich in Folge der Anstrengung beim Auswinden der Wäsche, beobachtet. Ref.). Dieses Leiden unterscheidet sich von dem ähnlichen mit Blenn. in Zusammenhang stehenden durch allmälige Entwicklung, Hartnäckigkeit, Geneigtheit zu Recidive und Crepitation (wie wenn man festen Schnee zwischen den Fingern drückt).

Therapie. Vom Standpunkte der Allgemeinbehandlung hat man die Diuretica, das Kali nitricum, Tinctura colchici in grossen Dosen und Jodkali angewendet; Rollet gab Emetica und Purgantia mit gutem Erfolge, in der neueren Zeit wurden Mercurialien und Chinin verabreicht. Diese Mittel nützen nach Anschauung des Verf. nie, schaden zuweilen, und sind deshalb gegenwärtig aufgegeben.

Man hält sich jetzt nur an eine zweckmässige, mit Rücksicht auf das Stadium der Krankheit verschiedene Localbehandlung. In der ersten

Digitized by Google

Periode (in welcher Schwellung, Verfärbung der Haut nachweisbar ist) werden Sedativa narcotica und Emolientia angewendet. Man macht Einreibungen mit Belladonnasalbe, gibt Kataplasmen mit Laudanum und, wenn die Entzündung sehr heftig ist, macht man örtliche Blutentziehungen, welche man im Falle der Erfolglosigkeit der ersten Application am zweitfolgenden Tage wiederholen kann. Ist das Leiden weiter vorgeschritten, die Entzündung weniger heftig, sind (nach Ansicht des Verf.) Vesicantien, oft wiederholt, am Platze, Einpinselungen mit Jodtinctur, Compression und Ruheschiene. Endlich, wenn nach Ablauf der Krankheit Steifheit oder Unvollkommenheit der Bewegung zurückgeblieben ist, dann benütze man Schwefeldouchen, Dampfbäder, aromatische Räucherungen, die Massage, endlich Mineralwasser. Den Tripper behandelt man daneben, und das wird mit mehr Erfolg als sonst geschehen können, weil der Kranke eben mehr als sonst der Ruhe zu pflegen gezwungen ist. Einen Einfluss auf das hier abgehandelte Leiden hat sein Verlauf, wie gesagt, nicht.

Emanuel Kohn.

594. Ein Fall von Artritis blennorrhagica. Von Dr. Oldvini. (Giorn. ital. d. mal. ven. e. del. pel. 1876. Juniheft.)

Der Verf. knüpft an einen Fall von Rheumatismus im Kniegelenke, den sich ein Tripperkranker zuzog, welcher, um sich von quälenden Erectionen zu befreien, auf Marmorplatten mit dem Bauche so lange liegen blieb, bis ihn ein Schüttelfrost ergriff, gegen den Propilamin (1·0—9·0 pro die in 150·0 gummosa) zuerst in steigender, dann in fallender Dose 14 Tage lang mit bestem Erfolge versucht wurde, folgende Bemerkungen:

Es gibt bekanntlich zweierlei Anschauungen über den Tripperrheumatismus. Die einen glauben, er sei ein Ergebniss des zufälligen Zusammentreffens beider Krankheiten in Einem Individuum, die anderen halten ihn für ein specifisches Leiden und stützen sich dabei auf folgende Gründe: 1. Sieht man dieses Leiden oft (? Ref.). 2. Sieht man Individuen, welche es so oft bekommen, so oft sie einen Tripper haben. 3. Hat der Tripperrheumatismus seine speciellen (?) Phänomene, welche ihn von anderen Arten des Rheuma unterscheiden; der Tr.-Rh. befällt meist nur ein Gelenk, meist nur die grossen, complicirt sich nie mit Herzaffectionen, ist weniger schmerzhaft und bedarf einer ganz anderen (einer specif.) Behandlung als der gewöhnliche Rheumatismus und endet meist in Resolution. Er verdanke seine Entstehung einem ganz eigenthümlichen, an das Trippersecret gebundenen Gifte, welches in's Blut aufgenommen werde und im Stande sei, die in Rede stehende Gelenksaffection hervorzurufen. Allein welchen Weg sollte dieses Virus eingeschlagen haben, da die Lymphbahnen intact blieben und diese doch zuerst hätten afficirt werden müssen? ferner erzeugten subcutane Injectionen mit Trippersecret nur Localaffecte und keinen Tripperrheumatismus; dann müsste dieses Leiden viel häufiger vorkommen, als es de facto beobachtet wird, wenn

Digitized by Google

die Anschauung von der Specificität richtig sein sollte. Und warum sollten blos die Gelenke, warum nicht auch andere Organe afficirt werden? Dass der Tripperrheumatismus durch Metastase entstehe, wollte man davon ableiten, dass während seiner Entwicklung die Secretion aufhöre oder sich vermindere. Das ist aber auch bei einer jeden anderen zu dem Tripper tretenden acuten Krankheit der Fall. — Auch Zeissl's Ansicht, Tripperrheumatismus entstehe nur nach dem Gebrauche von Balsamicis, ist nicht richtig, da er auch Individuen befällt, die keine Balsamica brauchen. Dann müsste ja der Tripperrheumatismus aufhören, wenn man mit dem Gebrauche der Balsamica aussetzt, andererseits müsste der Gebrauch der Balsamica einen nachtheiligen Einfluss auf den Gang des Tripperrheumatismus ausüben. Alles das ist nicht der Fall.

Verf. neigt der Ansicht zu, dass man es in den einschlägigen Fällen nur mit einem zufälligen Zusammentreffen beider Krankheiten zu thun habe, nimmt aber das Vorhandensein eines für Tripperrheumatismus disponirenden Momentes an. Er erinnert an Pelizzari, welcher darauf aufmerksam gemacht hat, dass man bei blennorrhagischen Zuständen des Genitalapp. der Weiber selten, des Präputialsackes niemals diese Krankheit findet und beim Harnröhrentripper meist dann, wenn durch Complicationen oder therapeutisches Eingreifen (Application der Kälte) die Patienten sich bedeutende Erkältungen zugezogen haben. Soviel geht aus der Literatur hervor, dass das Wesen und die Ursachen des Leidens unbekannt sind, Symptomatologie, Verlaufsweise, Dauer, Ausgang und Behandlung es vom gewöhnlichen Rheuma nicht unterscheiden, so dass man es nicht für ein specielles Leiden, sondern für eine intercurrirende Krankheit des Trippers halten muss, zu der durch rheumatische oder gichtische Diathese oder durch Heredität eine gewisse Anlage besteht, welche durch Nebenumstände, die die Harnröhrenblenn. in ihrem Gefolge hat, erhöht wird. Diese Nebenumstände und darum auch die Artrit. blenn. sind beim Weibe seltener.

Emanuel Kohn.

595. **Ueber Polyartritis blennorrhagica.** Von Dr. P. Pirocchi. (Giorn. ital. d. mal. ven. e. del. pel. Augustheft 1876.)

Der Umstand, dass durch einen Katheterismus ein Trauma in der Genitalsphäre ebenso, wie durch gewisse specielle Erkrankungen der Geschlechtsorgane Polyartritis veranlasst werden kann, berechtigt zu der den neueren Anschauungen conformen Annahme, dass bei der Blenn. die flogogene Substanz von der urethra aus in den Kreislauf gelangt und Polyartritis hervorruft, in welcher Anschauung man durch das häufig gleichzeitige Vorkommen von Adenitis inguinalis — einer Entzündung der Leistendrüse in Folge von Resorption — bestärkt wird. Die Häufigkeit, die längere Dauer der Blenn. und die intensive Entzündung, mit welcher gewöhnlich der Tripper einhergeht, erklären es, dass gerade zur Blenn. häufiger als zu anderen Erkrankungen des Genitalapp. sich das in Rede stehende Leiden gesellt. Es kann jedoch auch schon in den ersten

Digitized by Google

Tagen des Bestehens der Blenn. sich zeigen, mehrere Gelenke gleichzeitig oder nacheinander, ohne eine Prädilection für bestimmte Articulationen, bald unter mehr, bald unter weniger heftiger Störung des Allgemeinbefindens, Fieber etc. ergreifen. Schwächliche Constitution und vorausgegangene Rheumatalgieen, Heredität, besondere Vulnerabilität der Gewebe, die Heftigkeit und Ausbreitung der Urethritis, keineswegs aber der Gebrauch der Balsamica, begünstigen die Entwicklung des Leidens.

Emanuel Kohn.

Staatsarzneikunde, Hygiene.

596. Ueber einige Bestandtheile des Tabaksrauches. Von Prof. Dr. E. Ludwig in Wien.

Die nachstehenden Angaben beziehen sich auf den Tabaksrauch einer feinen Sorte türkischen Tabaks, aus welchem die leicht niederschlagbaren Stoffe in folgender Weise gewonnen wurden: In einer Tabakspfeife aus glasirtem Porcellan wurde der Tabak angezündet und durch einen mässigen Luftstrom, welchen man mittelst eines grossen Aspirators herstellte, in gleichmässiger Verglimmung unterhalten; zwischen Tabakspfeife und Luftsauger war eine U-förmige Röhre, welche etwas Wasser enthielt, und dann eine zweite Röhre von der Länge eines Meters, mit entfetteter Baumwolle locker gefüllt, eingeschaltet. Die Hauptmasse der flüssigen Producte der trockenen Destillation sammelte sich im untersten Theile der Tabakspfeife an. Das Wasser der U-Röhre nahm reichlich kohlensaures Ammoniak auf; über der wässerigen Flüssigkeit bildete sich nach längerer Zeit eine dünne Theerschichte, und der Rest des noch Condensirbaren wurde zum grössten Theile in der Baumwollenschichte zurückgehalten, so dass nur wenig Niederschlagbares in den Aspirator gelangte und dadurch für die Untersuchung verloren ging.

Nachdem eine grössere Tabaksmenge auf diese Weise verarbeitet war, wurde die Baumwolle mit Aether ausgezogen und ausgepresst; die ätherische Lösung hinterliess, nachdem der Aether in flachen Schalen bei gewöhnlicher Temperatur an der Luft verdampft war, braunen Theer; der Abdampfrückstand der ätherischen Lösung wurde mit der in dem untersten Theile der Pfeife angesammelten Flüssigkeit und dem Inhalte des U-Rohres gemengt und das Ganze einige Tage in einem engen, hohen Cylinder hingestellt; es theilte sich die Flüssigkeit in zwei Schichten: die untere wässerige war bräunlich, etwas trüb; die obere war brauner, stinkender Theer.

Die wässerige Flüssigkeit enthielt beträchtliche Mengen von kohlensaurem Ammoniak, und in geringerer Menge essigsaures Ammoniak.

Digitized by Google

Zeise fand unter den Producten der trockenen Destillation des Tabaks auch Buttersäure; diese Säure war in den von Ludwig untersuchten Producten nicht enthalten. Als die wässerige ammoniakalische Flüssigkeit filtrirt, mit kohlensaurem Natron zur Trockene verdampft und auf dem Wasserbade zum Vertreiben der Theermenge anhaltend erwärmt worden war, blieb ein Rückstand, welcher, mit Schwefelsäure destillirt, ein Destillat lieferte, das den Geruch der reinen Essigsäure besass und auch ein Silbersalz lieferte, welches bei der Analyse Zahlen gab, die der Zusammensetzung des essigsauren Silbers entsprachen.

Blausäure und Schwefelwasserstoff, welche Vogel und Reischauer (Jahresber. d. Chem. für 1858) im Tabaksrauche fanden, waren in den Destillationsproducten des türkischen Tabaks nicht verhanden.

Von Interesse ist das Vorkommen der Carbolsäure in den Destillationsproducten. Sowohl aus der wässerigen Flüssigkeit als aus dem Theer konnte durch entsprechende Behandlung und wiederholte Reinigung eine kleine Menge von Carbolsäure abgeschieden werden; sie zeigte den charakteristischen Geruch, sowie alle der Carbolsäure zukommenden Reactionen. (Gesundheit, 1877.)

597. Zur Frage der Langlebigkeit. Von Dr. Georg Mayr. (Gesundheit 1877, Nr. 13.)

Dr. Mayr in München, Vorstand des k. baierischen statistischen Bureaus, hat die den Volkszählungen von 1867 und 1871 bekannt gewordenen Angaben über angeblich hohes Alter auf ihre Verlässlichkeit geprüft. Schon die Alterstabelle von 1867 für München zeigte sich ihm insoferne unrichtig, als darnach 4 Personen in einem Alter von 100 Jahren und darüber stehen sollten, während thatsächlich keine derselben das 100. Lebensjahr erreicht hatte.

Bemerkenswerth war, dass namentlich die Rücksicht auf Erregung des Mitleides zur absichtlichen Angabe eines zu hohen Alters Veranlassung gegeben hatte, wobei eine der betheiligten Personen sich zum Nachweise ihrer Angaben des Geburtsscheines ihrer längstverstorbenen, auf den gleichen Namen getauften Mutter bedient hatte.

Nach dieser Erfahrung wurde schon nach der Volkszählung von 1867 die amtliche Constatirung des Alters aller angeblich 100 Jahre und darüber alten Personen auf Grund der Kirchenbücher für ganz Baiern durchgeführt und es verblieben schliesslich im ganzen Lande nur 3 Personen im Alter von 100 Jahren und darüber.

Demgemäss wurde bei der Prüfung und Ausbeutung des Volkszählungsmaterials von 1871 im k. baierischen statistischen Bureau sofort auf die Hundertjährigen ein besonderes Augenmerk gerichtet.

Nach den Einträgen in den Zählungslisten sollten im Ganzen 36 Personen im 101. Lebensjahre und darüber stehen, und zwar waren angeblich geboren:

Digitized by Google

im Jahre	1771	21	Personen
„ „	1770	9	„
„ „	1769	4	„
„ „	1766	1	„
„ „	1765	2	„
„ „	1762	1	„

Die nachträgliche amtliche Constatirung des Alters der betreffenden Personen ergab, dass nur eine einzige (eine Witwe) über 100 Jahre alt war (Geburtsjahr 1770). Bei den übrigen 36 Personen war das Alter falsch angegeben.

Die wahren Geburtsjahre dieser 36 Personen sind folgende:

Geburtsjahr	Personen	Geburtsjahr	Personen
1810	1	1791	4
1807	1	1790	1
1801	3	1786	2
1800	3	1785	1
1799	2	1784	1
1798	2	1783	2
1796	1	1782	1
1795	2	1780	1
1794	2	1779	1
1793	1	1773	1
1792	3		

Hiernach ist klar, dass jede Statistik der Hundertjährigen ohne eine derartige Sonderprüfung jedes einzelnen Falles werthlos und in der That nichts anderes ist, als eine Sammlung von Uebertreibungen, Gedächtniss- und Schreibfehlern. Popper.

598. Ueber die besseren Gesundheitsverhältnisse Breslau's während der Periode 1872—75. Von Sanitätsrath Dr. Grätzer. (Separatabdruck aus der „Schlesischen Presse" 1877.)

Die Verhältnisse Breslau's haben sich in der betrachteten Periode nach zwei Richtungen gebessert. Erstens hat ein Ueberschuss der Geburten über die Todesfälle stattgefunden und zwar wurden im jährlichen Mittel 1300 Kinder mehr geboren, als Leute gestorben sind. Zweitens hat die allgemeine Sterblichkeit bedeutend abgenommen. Während sonst durchschnittlich auf 27 Einwohner 1 Todesfall jährlich kam, ist jetzt das Verhältniss 1 : 30.

Endlich ist speciell die Typhus-Sterblichkeit gegen die Vorjahre in der Abnahme gewesen. So betheiligte sich 1863 der Typhus abdominalis an der Mortalität von Breslau mit 4 Percent; im Jahre 1875 dagegen betrug die entsprechende Rate nur noch 1·5 Percent aller Verstorbenen.

Als Erklärung für diese wesentliche Verbesserung des dortigen Gesundheitszustandes werden die Assanirungsarbeiten angegeben, die in den letzten Jahren in Breslau zur Ausführung gekommen sind. Es darf indess nicht übersehen werden, dass die betrachtete Zeitperiode blos die Jahre 1872—75 umfasst, also eine sehr kurze ist. Popper.

Digitized by Google

599. Ueber Menschen- und Thierpocken, über den Ursprung der Kuhpocken und über intrauterine Vaccination. Von Prof. Bollinger. (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, 116.)

Der Vortrag Bollinger's enthält folgende Thatsachen aus der Thiermedicin, welche den Aerzten zu wissen interessant sein dürfte.

1. Die Thierpocken sind entweder Producte einer schweren allgemeinen Infection, wie beim Menschen, beim Schafe oder einer abgeschwächten allgemeinen Infection (Variolois) beim Schweine oder einer leichten localisirten Infection beim Rinde und beim Pferde.

Bei der Ziege findet sich Disposition für die allgemeine Schaf- und die localisirte Kuhpocke.

2. Die Hausthiere haben für die zufällige Uebertragung der Menschenpocke keine oder eine nur sehr unbedeutende Disposition, für die Impfung derselben mit blossem localen Erfolge das Rind, weniger das Schaf. Allgemeine Menschenpocken-Infectionen sind beobachtet am Schweine, Affen und Hunde.

3. Die Pocken der Schafe stehen den Menschenpocken am nächsten, erregen aber am Menschen höchstens locale Eruptionen.

4. Schafe, mit Vaccine geimpft, bekommen oft allgemeine Eruptionen, welche andere Schafe allgemein inficiren können. Diese allgemeinen Eruptionen sind aber doch nicht identisch mit den eigentlichen Pocken der Schafe; die Pocken der Schweine sind identisch mit denen der Schafe, kommen aber seltener vor als diese.

5. Pferdepocken, in Deutschland selten, sind keine selbstständige Form, sie sind nicht die Ursache der Kuhpocken.

6. Die spontane Kuhpocke macht häufig Nachschübe, verläuft deshalb subacut oder selbst chronisch. Die inoculirten Kuhpocken des Rindes verlaufen immer acut und ohne Nachschübe, beide bald ohne, oder mit nur leichten Allgemeinstörungen.

Allgemeine Eruptionen kommen beim Rinde nur höchst selten vor.

7. Kuhpocken beim Rinde entstehen durch Inoculation von Menschenpocke auf das Rind oder durch absichtliche oder zufällige Infection mit humanisirter Vaccine.

Die Kuhpocke veranlasst bei der Retrovaccination auf den Menschen, auch wenn sie durch Variolaimpfung entstanden ist, immer nur Vaccine.

8. Auch Bollinger ist der Ansicht, dass Vaccine, subcutan oder ins Blut oder in die Lymphe des Menschen eingeführt, die Disposition für nachfolgende subepidermidale Vaccination tilgen kann, ohne dass irgend eine Eruption der Haut vorausgegangen ist.

9. Sehr verdünnte Vaccine (1 : 1600) kann auch wirksam sein, wenn man sie mit einer grösseren epidermislos gemachten Hautfläche (etwa durch Auflegen von damit getränkter Charpie) in Berührung bringt.

Digitized by Google

10. Es ist möglich, dass der Fötus durch Variolisation oder Vaccination oder Retrovaccination der schwangeren Mutter für Variola- oder Vaccineinfection unempfänglich gemacht werde.

Erfahrungen an Schafen sprechen für diese Möglichkeit, die betreffenden Versuche an schwangeren Frauen wären erst zu machen.

Eisenschitz.

600. Der Typhus exanthematicus in Wien im Jahre 1875. Von Dr. Oser. (Vortrag im Vereine der Aerzte Niederösterreichs am 20. December 1876.)

O. verfasste auf Veranlassung des n.-ö. Landessanitätsrathes, der ihm das statistische Materiale überliess, einen ausführlichen Bericht über die Epidemie vom 1. Jänner bis 30. September 1875. Es ist dies der erste detaillirte Bericht einer Flecktyphusepidemie in Wien, der ausser den statistischen Daten noch manches Interessante zu Tage förderte.

Es wird der Verlauf der Epidemie überhaupt, dann der Verlauf nach Wochen mit Einzelanführung aller Fälle beschrieben. Dann folgen der Gang der Epidemie in den einzelnen Bezirken, die Krankheitsherde, der Verlauf in den einzelnen Herden, die Erkrankungen nach Geschlechtern, nach Alter und Beruf der Erkrankten, die Mortalität, das Verhältniss des Abdominaltyphus zum Typhus exanthematicus.

O. zieht sodann aus den genauen Daten Conclusionen, welche theilweise schon früher Bekanntes bestätigen, theilweise neue Gesichtspunkte eröffnen. Es drängt sich zunächst die Frage auf, ob man aus den vorliegenden Resultaten etwas über den Einfluss des Trinkwassers auf die Verbreitung der Krankheit aussagen kann. Diese Frage kann O. nicht beantworten, wegen Inconstanz des Trinkwassers, dessen Zufluss aus verschiedenen Ursachen oft durch Wochen unterbrochen war. Es bieten sich einige Momente dar, welche für den günstigen Einfluss des Hochquellwassers sprechen könnten, und einige, welche denselben als belanglos hinstellen. Es gab Seuchenherde, die mit Quellenwasser gespeist waren (im 1. und 9. Bezirk) gerade so, wie im 2. Bezirke, der gar nicht oder nur in einem ganz kleinen Theile mit gutem Trinkwasser versorgt war. Dem gegenüber bleibt es immerhin auffallend, dass die Epidemie, trotzdem alle Anzeichen zu einer bedeutenden Verbreitung vorhanden waren, beschränkt blieb, so dass kaum 1 pro mille der Einwohner Wiens ergriffen wurde. Ob das Hochquellenwasser hiebei eine Rolle spielte, muss späteren Beobachtungen überlassen bleiben.

Aus den mitgetheilten Daten sind besonders auffallend:

1. Die unverhältnissmässig geringe Zahl der erkrankten Frauen.
2. Das grosse Contingent, das die Massenquartiere stellten.
3. Die fast ausnahmslose Verschonung der besser wohnenden Bürger.

In toto erkrankten nur 15 Percent und nach Abzug der Wärterinnen nur 10 Percent Frauen, eine Zahl, die noch in keiner der bekannten

Digitized by Google

Epidemien sich verzeichnet findet. Dieser Umstand scheint O. vielversprechend zu sein für die Verbreitungsursachen des Flecktyphus, wenn man damit im Zusammenhange hält, dass die Massenquartiere und die Wohnungen der Armen den Hauptstock der Erkrankungen bilden.

Die Frauen sind in ihren Wohnungsverhältnissen viel geordneter als die Männer, während in der übrigen Lebensweise bei der unteren Volksclasse, in Bezug auf das Ertragen der Unbilden der Witterung, des Hungers etc. wenig Unterschied vorwaltet. Die Frauen haben zumeist ihr Heim, in dem sie übernachten, und es kommt bei ihnen viel seltener vor, dass sie in schlechten Spelunken, Ställen und Massenquartieren die Nächte zubringen. Nur eine einzige Frau ist als unterstandslos angegeben, während 50 Männer ohne Wohnung waren; aus den Massenquartieren ist keine einzige Frau gemeldet. In den einzelnen Vororten, wo die allgemeinen Wohnungsverhältnisse viel schlechter sind, als in der Stadt, kamen auch relativ häufigere Erkrankungen vor. Aus all diesen Momenten glaubt O. den Wohnungsverhältnissen den wichtigsten Platz unter den Entstehungs- und Verbreitungsursachen der Epidemie einräumen zu müssen. O. sucht diese Behauptung aus der Geschichte anderer Epidemien zu erhärten und ist der Ansicht, dass alle die verschiedenen Formen des Flecktyphus, der Kerkertyphus, der Schiffstyphus, der Lagertyphus und wohl auch der sogenannte Hungertyphus wahrscheinlich auf dasselbe Moment zurückzuführen sind. Er schliesst daraus, dass die Behörden bei hereinbrechenden Epidemien den Herbergen, Massenquartieren u. s. w. die grösste Aufmerksamkeit schenken mögen.

Die Mortalität entsprach im Vergleiche mit anderen Epidemien der normalen Durchschnittssterblichkeit.

Aus den gewonnenen Beobachtungen geht die hohe Contagiosität des Flecktyphus hervor. Es ist dies ein Charakteristicum dieser Krankheit, das abgesehen von der Art des Verlaufes und dem klinischen Bilde entschieden für eine vollständige Trennung vom Typhoid und den anderen typhösen Erkrankungen spricht. Die Uebertragbarkeit von Person auf Person hat sich wie in allen Epidemien bestätigt. O. plaidirt daher für vollständige Isolirung der Flecktyphuskranken in eigens dazu eingerichteten Spitälern mit eigenen Abtheilungen für Reconvalescenten und für zweifelhafte Fälle. „Der Flecktyphus ist mindestens ebenso contagiös, wie die Blattern," sagt O., „und es müssen deshalb dieselben Massregeln ergriffen werden, wie sie bei dieser Krankheit schon lange in Anwendung sind." Hermann Hertzka.

601. Die Beschlüsse des deutschen Aerztevereinstages zu Düsseldorf am 28. Juni 1876. („Deutsch. Med. Wochenschrift 1876, Nr. 27.)

Der deutsche Aerzteverein nahm nach einer längeren Discussion unter anderen Gegenständen der Tagesordnung folgende für die gesetzliche Regelung der Mortalitäts-Statistik wichtige Beschlüsse an:

Digitized by Google

1. Eine obligatorisch einzuführende Mortalitäts-Statistik bezüglich nicht in öffentlichen Instituten befindlicher Kranken wünschen die Aerzte nicht, sondern wollen sie durch die freien Arbeiten der einzelnen Aerzte und Vereine ersetzen.

2. Die auf Wunsch der Aerzte einzuführende Mortalitäts-Statistik uneigennützig zu fördern, ist selbstverständlich Pflicht der Aerzte als Antragsteller.

3. Das Gemeinwohl erfordert, dass die Aerzte sich der prophylaktischen Anzeigepflicht bereitwillig unterziehen. In diesem Satze liegt ausgesprochen, dass eine weitergehende Anzeigepflicht, als sie zur Verhütung contagiöser oder sonst das Gemeinwohl gefährdender Krankheiten eingeführt werden sollte, unzulässig ist, insbesondere eine solche zu rein statistischen Zwecken.

4. Der Anzeigepflicht sollen unterliegen, *a)* in jedem einzelnen Falle: Pocken, Cholera, Typhus exanthematicus, Wuthkrankheit, Rotz, Milzbrand, Trichinosis, Puerperalfieber; *b)* bei bestehender Heftigkeit und Ausbreitung für die Dauer der Epidemie auf besondere Bestimmung der Localbehörde: Ileotyphus, Dysenterie, Diphtheritis, Scharlach, Conjunctivitis blennorrhoica, Recurrens.

5. Ausser den Aerzten sollen bei Cholera und Pocken auch die Haushaltungsvorstände oder in Ermanglung solcher Haus- oder Anstaltsbesitzer und bei Puerperalfieber die Hebammen zur Anzeige verpflichtet sein.

6. In ein Gesetz, welches die Anzeigepflicht ergibt, gehören nothwendig Bestimmungen, welche die Folgen präcisiren, die von den Behörden den Anzeigen zu geben sind. Namentlich ist hier anzuführen, dass innerhalb 24 Stunden dem zuständigen Medicinalbeamten davon Kenntniss gegeben wird. Baer.

602. Vertheilung der Kohlensäure in der Luft; Ventilation und Luftheizung. Von Prof. C. Reclam. (Gesundheit 1877, Nr. 18.)

Am Schlusse seiner Arbeit über die Verunreinigung der Luft durch künstliche Beleuchtung (Z. f. Biol. 1876 XII) theilt Erismann eine Anzahl Versuche mit, welche sich auf die Vertheilung der Kohlensäure in geschlossenen, aber der natürlichen Ventilation zugänglichen Räumen beziehen.

Bekanntlich vertritt Pettenkofer die Anschauung, dass die Kohlensäure sich mittelst der Diffusion der Gase in bewohnten Räumen gleichmässig verbreite, während Forster in einem Weinkeller während der Gährung des Mostes die meiste Kohlensäure über dem Boden angesammelt fand. Die Art der Vertheilung der Kohlensäure scheint also durch äussere Bedingungen bei der Kohlensäureentwicklung beeinflusst zu werden.

Wenn Erismann die in den Versuchsraum eingeleitete Kohlensäure stark erhitzte, fand er den grössten Theil derselben in den oberen Luftschichten. An dieses letztere Ergebniss knüpft nun Reclam an, um bei der Ventilation für die Abführung der Luft am oberen und die Zu-

Digitized by Google

führung am unteren Theile zu plaidiren. Der Einwand; dass hierdurch die Heizung erschwert werde, und dass namentlich die Kosten der Heizung sich steigern, habe zwar Berechtigung, soweit es sich um die gegenwärtige Heizeinrichtung handelt. Vor Allem hat dieser Einwand Geltung bei der Luftheizung. Wenn man die erwärmte Luft nur an einer Seite oder im günstigsten Falle an zwei Seiten des Zimmers einströmen lässt, so wird man auf diese Weise allerdings sehr schwer eine gleichmässige Wärmevertheilung im Zimmer hervorbringen können.

Es sei dies nur ein neuer Grund zur Verurtheilung der Luftheizung, welche lediglich aus Sparsamkeitsrücksichten unternommen und ohne genügende Berücksichtigung der physikalischen Thatsachen und der hygienischen Bedürfnisse eingerichtet sei. Der Uebelstand, dass heisse Luft sich eben nur gut mit Hilfe des aufsteigenden Luftstromes leiten lässt, dass also die Leitungen immer möglichst senkrecht in die Höhe verlaufen müssen, hat der Luftheizung ihre Mängel und ihre Schädlichkeit gegeben. Die Wärmequelle muss von vielen Punkten des Zimmers ausgehen, wie dies bei der Warmwasserheizung und in noch höherem Grade bei der Heisswasserheizung der Fall sein kann. Wenn (wie bei Heisswasserheizungen von Haag in Augsburg) das Warmwasserrohr die Wände des Zimmers am Fussboden umzieht, und in den Fensternischen gleichzeitig Schlangen bildet, welche durch Einsaugen und Erwärmen der Aussenluft eine Art Pulsionsvorrichtung gewähren, so wird man hierdurch in Wohnräumen mittlerer Grösse eine behagliche Temperatur erzielen können; bei Räumen, welche mehr als 50 Quadratmeter Bodenfläche haben, wird unter Umständen dies nicht genügen, und es wird eine Schleife auch in den Mittenraum des Zimmers gelegt werden müssen.

Die Heizmethode der alten Römer, die Heizgase in Hohlräumen unterhalb des Bodens sich verbreiten zu lassen, und durch Erwärmung des Zimmerbodens höhere Temperatur des Gemaches zu erzielen, war jedenfalls vorzüglicher und verdient, soweit es geht, mit unseren heutigen Centralheizungsapparaten nachgeahmt zu werden.

Die Luftheizung ist ungünstig für die Wärmevertheilung, ungünstig durch ihre Feuchtigkeitsentziehung (?) für die Athmungsorgane, ungünstig durch ihren Gehalt an Russ und Kohlenoxyd für die Blutmischung, ungünstig durch die Hindernisse in der Leitung des Wärmeträgers, endlich noch ungünstig durch grösseren Kohlenverbrauch und somit grösseren Betriebsaufwand gegenüber anderen Centralheizungen, namentlich der Heisswasserheizung mit Mitteldruck. Man könnte kaum begreifen, dass diese Heizmethode so vielfach verbreitet ist, wenn man nicht wüsste, dass bei den meisten Gemeindeverwaltungen die Kosten der Anlage den Ausschlag geben. Die scheinbare Ersparniss wird aber zur Verschwendung durch grössere Unterhaltungskosten, während bei den in der Anlage kostspieligeren Heisswasserheizungen mit Mitteldruck sich im Gegentheile eine Ersparniss durch geringeren Betriebsaufwand herausstellt. Popper.

Digitized by Google

603. Untersuchungen über die Ausdünstungen der Senkgruben und die Wirkung der Desinfectionsmittel. Von Erismann. (Petersburger med. Wochenschrift 1876, Nr. 30. Aus den vom med. Departement herausgegebenen Veröffentlichungen 1875, B. 30. Gesundheit.)

Erismann stellte seine Beobachtungen im Laboratorium von Pettenkofer in München an. Er fand, dass der Inhalt der Senkgruben aus der Luft Sauerstoff aufnimmt und Kohlensäure, Ammoniak, Schwefelwasserstoff und kohlenwasserstoffhaltige organische Substanz (Sumpfgas) abgibt. Eine Senkgrube, welche 18 Kubikmeter Ausleerungen enthält, nimmt in 24 Stunden durchschnittlich 13·25 Kubikmeter Sauerstoff aus der Luft und gibt in eben derselben Zeit 5·67 Kubikm. Kohlensäure, — 267 Kubikm. Ammoniak — 0.02 Schwefelwasserstoff und 10·43 Sumpfgas ab. Bei starker Ventilation, besonders bei Erhöhung der Temperatur, wird mehr Kohlensäure und mehr Ammoniak entwickelt.

Die gebräuchlichsten Desinfectionsmittel (Aetzsublimat, Eisenvitriol, Carbolsäure, Kalkmilch, Holzkohle und Gartenerde) untersuchte er auf den Grad des Schutzes, welchen sie der Luft unserer Wohnungen gewähren. Schwefelwasserstoffgas wird von allen diesen Desinfectionsmitteln in gleicher Weise vollständig gebunden; — Ammoniakgas wird nur durch Sublimat, Eisenvitriol und Schwefelsäure vollkommen gebunden, während die Ausscheidung der stinkenden Kohlenwasserstoffgase durch keines dieser Mittel verhindert, sondern nur vermindert wird. — Kohlensäure wird am meisten durch Carbolsäure und Kalkmilch zurückgehalten, weniger durch Sublimat und Schwefelsäure; Holzkohle und Erde begünstigen sogar noch die Entwickelung der Kohlensäure in den Gruben.

Die Gesammtmenge der Gase wird durch Desinfection mit Sublimat um 74 Percent, durch Eisenvitriol um 53 Percent, durch Schwefelsäure um 49 Percent, durch Gartenerde um 12 Percent, durch Kohle um 9 Percent vermindert. (Carbolsäure ist nicht angegeben.)

Die Menge der angewendeten desinficirenden Stoffe betrug im Verhältniss zu der Menge der in den Gruben enthaltenen Ausleerungen bei Sublimat 7·4 Percent, — bei Kohle 29·7 Percent, — bei Erde 100 Percent, — Eisenvitriol und verdünnte Schwefelsäure wurden im Ueberschuss angewendet. — Die Aufnahme des Sauerstoffes aus der Luft war am meisten vermindert bei Sublimat, dann durch Schwefelsäure, endlich durch Eisenvitriol. Sublimat und Eisenvitriol eignen sich also am besten zur Desinfection.

Erismann zieht das Ergebniss, dass die Senkgruben durch Anwendung von Desinfectionsmitteln nur weniger schädlich, aber durchaus nicht ganz unschädlich gemacht werden können. Am meisten wäre Aetzsublimat zu empfehlen, das aber zu theuer ist. Daher verdient eine schwache Schwefelsäure den Vorzug, da sie auch den Feldern weniger schadet als Eisenvitriol. Am mindesten empfehlenswerth ist Erde, da ihre Wirkung sehr gering ist.

Digitized by Google

604. Die Bewegung der Bevölkerung in Wien im Jahre 1875. Mittheilungen des städtischen statistischen Bureau's. Wien, 1876.

Wir entnehmen dem sehr inhaltsreichen Werkchen folgende Thatsachen:

Die Summe der Ehen, die im Jahre 1875 in Wien geschlossen wurden, belief sich auf 6072, im Jahre 1874 war sie 6713, so dass sich ein Abfall von 21·8 Percent und gegen das Jahr 1870 sogar ein solcher von 29·3 Percent herausstellt. Im Jahre 1875 kommt eine Trauung auf 110 Einwohner, 1874 auf 98, und 1870 auf 71 Einwohner. Die Trauungsziffer, die als ein zuverlässiger Massstab für die wirthschaftlichen und socialen Zustände der Bevölkerung angesehen wird, hat demnach einen bedeutenden Rückschritt gemacht. In der Verringerung der Heiratsfrequenz liegt nicht allein der Einfluss materieller Ursachen, sondern auch der einer vernünftigen Ueberlegung, die die Bevölkerung beherrscht. In demselben Jahre 1875 kommen auf 1000 Einwohner eine Trauungsziffer in Wien von 9·1, in Brüssel von 9·6, in London von 9·9, in Paris von 10·2, in München von 12·2, in Hamburg von 12·7, in Frankfurt a. M. von 13·1 und in Berlin von 14·8. — In dem Quinquennium von 1871—75 hat sich auch gezeigt, dass die Zahl der Protogame, d. h. der Ehen zwischen beiderseits ledigen, die in Zeiten günstiger materieller Verhältnisse sich zu steigern pflegen, zu Zeiten wirthschaftlicher Calamitäten abnehmen, und dass dafür die Ehen zunehmen, bei denen ein oder beide Theile verwitwet sind; die Ehen der ersten Art waren 1871: 82·5 und 1875: 79·0, die Ehen von beiderseits Verwitweten und von Witwen mit Ledigen waren 1871: 2·1 und 10·1 und stiegen 1875 auf 3·6 und 12·7.

Im Jahre 1875 sind in Wien 26.937 lebende Kinder geboren (13.855 männliche und 13.082 weibliche), gegen das Vorjahre ein Minus von 328 oder 1·2 Percent. Auf 1000 Einwohner kommen 1875: 39·4 lebende Kinder und 1874: 40·7. Die Nativitätsziffer innerhalb des Decenniums 1865—1874 war auf 1000 der Einwohner für die Geburten überhaupt zw. 42·4 und 46·8, für die Lebendgebornen zw. 40·3 und 44·6. Im täglichen Durchschnitt war die Zahl der Geburten in dieser Periode 73·6 und die der Lebendgeborenen 70·2, im Jahre 1875 dagegen 77·1 und 73·8. Im Jahre 1875 kamen auf 1000 Einwohner in Rom 28·9 lebendgeborne Kinder, in Paris 29·1, in Frankfurt a. M. 30·0, in Turin 31·5, in Brüssel 33·5, in Amsterdam 35·1, Neapel 35·3, London 35·7, Hamburg 40·4, Breslau 41·3, Berlin 42·4, Budapest 42·5 und München 43·6.

Die grösste Frequenz der Geburten tritt in den Monaten Februar oder März eines jeden Jahres ein, eine zweite Steigerung pflegt im September sich einzustellen, die erstere wird von psychischen, die letztere von socialen Einflüssen bedingt. — Unter den 26.937 Lebendgebornen

Digitized by Google

waren 10.718 unehelicher Abkunft (5534 m. und 5184 w.). Von diesen kommen mehr als zwei Dritttheile auf die österreichische Landesgebäranstalt, und zwar sind wieder mehr als die Hälfte von Müttern geboren, die nicht zur Wiener Bevölkerung gehören. Die Zahl der unehelichen Geburten ist im stetigen Rückgange; 1867 kamen auf je 100 eheliche Geburten 102·6 uneheliche und 1874 nur 63·7, 1875 allerdings 66·1. Dass die Verminderung der Eheschliessungen hiebei von Einfluss ist, möchte nicht zu leugnen sein. Die allgemeine Statistik lehrt, dass auf 100 Geburten weiblichen Geschlechts in der Regel 105 bis 106 männlichen Geschlechts kommen. Im Jahre 1875 zeigt sich in Wien das Verhältniss wie 100:105·9. Todtgeburten kamen 1154 vor (652 m. und 512 w.). Auf 100 Lebendgeborne kommen 4·4 Todtgeborne. Die Summe der im Jahre 1875 Lebendgebornen hat sich im Verhältniss auf 1000 der Bevölkerung gegen das Vorjahr 1874 um 13 vermindert, die Totalsumme der Verstorbenen um 0·2 erhöht, trotzdem ergibt sich für das Jahr 1875 ein Geburten-Ueberschuss von 10·1 pro Mille der Bevölkerung.

Im Jahre 1875 betrug die Zahl der in Wien verstorbenen Civilpersonen 20.045, rechnet man die Zahl der in den Krankenhäusern verstorbenen, nicht in Wien domicilirten Personen ab, so bleiben 17·621 (und 1874 17.316). Die relative Sterblichkeitsziffer (d. h. die Zahl der Sterbefälle im Verhältniss zur Bevölkerung) zeigt keine Erhöhung, auf 1000 Einwohner kommen 1874: 25·84 Verstorbene und 1875: 25·78. Diese relative Mortalitätsziffer war pro 1875 in London 23·7, Brüssel 24·3, Paris 25·1, Wien 25·78, Turin 25·8, Hamburg 26·5, New-York 29·5, Amsterdam 30·5, Rom 30·7, Berlin 31·4, Breslau 31·5, Neapel 32·9, Mailand 34·9, Triest 35·5, München 37·4 und Budapest 40·4. Die höchste Sterblichkeit fiel auf den Monat Mai, die niedrigste auf den Monat September. Es starben 52·9 Percent M. und 47·1 Percent W. gegen 53·3 Percent M. und 46·7 Percent W. im Vorjahre. Unter den Gestorbenen waren 1875 im Säuglingsalter, aus der Wiener Bevölkerung allein 31·3 Percent (gegen 33·5 Percent im Vorjahre) und im Kindesalter (von 1—5 Jahren) 13·0 Percent (gegen 12·8 Percent). Die Zahl der Selbstmorde ist 205 gewesen (gegen 214 im Jahre 1874). Unter den Gestorbenen waren 3813 Lungentub. (auf je 10.000 Einwohner 55·8), 401 Typhus (auf je 10.000 Einwohner 5·9). Baer.

Digitized by Google

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

605. Beiträge zur Kenntniss der Entstehung der sogenannten Fibrincylinder nebst Bemerkungen über Mikrococcen-Anhäufungen in der Niere bei Blutstauung. Von Prof. Perls und Cand. med. Weissberger. (Archiv für experim. Pathologie und Pharmakolog. VI. Bd., II. Heft.)

Die Verfasser suchen auf experimentellem Wege und durch mikroskopische Untersuchung den Zwiespalt in den Ansichten über die Genesis der Fibrincylinder zu lösen. Axel Key, Bayer, Rovida und Oertel nahmen an, dass die Fibrincylinder ein Product der Nierenepithelien seien; die Epithelien sollen bald direct in Fibrincylinder umgewandelt werden (Key, Bayer), bald sollten die letzteren aus der Verschmelzung der von den Epithelien secernirten Plasmakugeln hervorgehen (Rovida, Oertel). Dieser Ansicht steht die von Rindfleisch, Klebs, Bartels und Cohnheim vorgetragene vollkommen entgegen. Diese Forscher fassen die Fibrincylinder als Exsudationsproducte auf.

Die Verfasser untersuchten Nieren in verschiedenen pathologischen Zuständen. Die Resultate sind folgende:

Die Thomas'schen Cylindroide sind in den Schleifencanälen entstandene und in andere Stellen des Canalsystems heruntergepresste Fibrincylinder. Nieren mit verändertem Epithel sind oft cylinderfrei, und umgekehrt kommen Cylinder vor in Nierenpartien, deren Epithel keine Veränderungen zeigt. Die Plasmakugeln haben mit der Cylinderbildung nichts zu schaffen; denn sie kommen nicht selten auch innerhalb der Cylindermasse vor und in Nierenpartien, welche vollständig cylinderfrei sind. Die Plasmakugeln sind entweder Eiweiss- oder Schleimtropfen mit erhärteter Rindenschichte oder Vacuolen, welche zwischen den Epithelien und den Fibrincylindern gelagert und durch Retraction der letzteren entstanden sind. Ausserdem kommen globuläre Gebilde an der Oberfläche der Glomeruli oder an der Innenfläche der Bowman'schen Kapsel vor; es scheinen diese Gebilde umgewandelte rothe Blutkörper zu sein. Zwischen Tunica propria und Epithel findet man Substanzen, welche sich in Allem wie die Cylindermasse verhalten. Dieser Befund deutet darauf hin, dass die Cylinder durch Exsudation von den Gefässen in den Canal hinein zur Entstehung gelangen. Solche Substanzen können auch in den Interstitien beobachtet werden. Ob neben Exsudation auch eine Umwandlung der rothen Blutkörper (Klebs, Rindfleisch) bei der Cylinderbildung eine Rolle spielt oder ob nicht vielleicht doch die Epithelien mit betheiligt seien, bleibt unentschieden.

Der experimentelle Theil der Arbeit beschäftigt sich vorwiegend mit der Frage, unter welchen Bedingungen die Cylinderbildung ermöglicht

Digitized by Google

werde. Die Verfasser wenden sich zuerst gegen die von Senator vertretene Ansicht, dass die Cylinder ein Secret der Epithelien seien, bedingt durch lang andauernde pathologische Zustände der Niere, indem sie die Stichhaltigkeit der von Senator vorgebrachten Gründe nicht anerkennen. Desgleichen wenden sie sich gegen die Angabe Burkart's, dessen Behauptung darin gipfelt, dass venöse Nierenhyperämie allein keine Cylinderbildung im Gefolge habe, sondern dass diese vorwiegend ihren Grund in einem Entzündungsprocesse der Niere finde. Auch Munk's und Leyden's Angabe über das Auftreten von Nephritis nach Einverleibung von Schwefelsäure sei nicht richtig, indem diese Autoren normale Hundenieren für pathologisch ansahen.

Die Resultate der Verfasser sind folgende: Nach Unterbindung beider Nierenvenen waren nach 20—24 Stunden im Harne deutliche Blutkörperchen und Epithelien, zu Cylindern geformt, zu beobachten, niemals aber deutliche homogene Cylinder (Munk, Burkart). Die Erhöhung des arteriellen Druckes (Unterbindung der Carotis, Subclav. etc.) hatte keine Cylinderbildung zur Folge (Burkart). Die Verhältnisse, welche man durch vollständige Unterbindung der Nierenvenen schafft, sind nicht analog jenen, welche bei Herz- und Lungenfehlern in den Nieren sich heranbilden; denn die vollständige Unterbindung dieser Venen setzt die Nieren ausser jede Function. Wurden aber die Nierenvenen nur eingeengt (auf $^1/_3$), trat regelmässig Cylinderbildung ein. Dabei konnten Uebergänge von Epithelien zu Cylindern niemals beobachtet werden. Die Gerinnbarkeit dieses Exsudationsproductes zum Unterschiede von den sonst bei Stauungen auftretenden ungerinnbaren Exsudaten dürfte vielleicht ihren Grund in einem von den Nierenepithelien erzeugten Ferment haben.

Nicht selten gelangen Haufen von Mikrococcen in den Harncanälchen zur Beobachtung, und zwar nur dann, wenn die Venen verengt und nicht unterbunden worden waren. Die Anhäufung dieser Gebilde kann also nicht das Resultat einer pathologischen Embolie sein. Spina.

606. Die febrilen Störungen des Blutkreislaufs, mikroskopisch beobachtet an der Palpebra tertia septisch und pyämisch inficirter Warmblüter. Von C. Hüter. (Centralbl. f. d. medic. Wissensch. 1876, Nr. 29.)

607. Ueber eine neue Methode der mikroskopischen Untersuchung des Säugethierkreislaufs. Von Balser. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie VII. Band, 1. u. 2. Heft, pag. 115.)

Vermöge einer von Balser gefundenen Versuchsanordnung war es H. möglich, den Blutkreislauf an der Palpebra tertia verschiedener Warmblüter zu beobachten. Er inficirte die Thiere nun theils mit faulem Blute, theils mit Eiter und fand bei der septischen Infection globulöse Stase in den Capillaren und den kleinen Venen, wobei die meisten kleinen Gefässe mit zusammengedrängten rothen Blutkörperchen vollgepfropft

Digitized by Google

waren. Diese Stasen kommen häufig zur Lösung, während sie in anderen Bezirken neu entstehen. Die rothen Blutkörperchen werden z. Th. zu Klumpen zusammengeballt und im Kreislauf umhergetrieben, wobei sie als Emboli wirken können. Der Grund dieser Klumpenbildung liegt nach H. in den Formveränderungen, welche durch die septische Infection an den rothen Blutkörperchen hervorgerufen werden sollen, vermöge welcher sie sternförmig, stachlich werden und wahrscheinlich auch ihre chemische Natur verändern, was sich durch bläuliche, später bräunliche Färbung der Klumpen kundgibt. — Die pyämische Infection (durch die Injection von reinem menschlichen Eiter herbeigeführt) charakterisirt sich durch das Kreisen von geballten weissen Blutkörperchen und durch das solitäre Anhaften derselben an den Wandungen der kleinen Gefässe, wodurch Störungen in der Circulation und wieder partielle Stasenbildung gegeben sind. H. glaubt, dass durch diese Kreislaufsstörungen, in welchen „nur eine bedenkliche Skepsis eine unbedeutende, nebensächliche Erscheinung des septischen und pyämischen Fiebers erkennen“ kann, der Grundzug der febrilen Allgemeinstörung gegeben ist.

Die Arbeit B.'s enthält die ausführliche Darstellung seiner Methode, die Hüter nur kurz erwähnt hat. An einen Czermak'schen Kaninchenhälter ist ein kleiner Nebenapparat mit dem den Kopf fixirenden Maulkorbe in Verbindung gebracht, ein stellbarer Messingrahmen, in welchem bedeckt von 2 dünnen Glasplatten die Palpebra tertia des Kaninchens glatt ausgespannt werden kann und zwar so, dass sie senkrecht steht und im durchfallenden Lichte mittelst eines horizontal umzulegenden Mikroskopes bequem durch lange Zeit beobachtet werden kann. Durch Berieselung mit 1% Chlornatriumlösung wird das Lid so viel als möglich vor Austrocknung geschützt; stärkere Objective (Hartnack 7) müssen, um nicht zu beschlagen, erwärmt werden, was mittelst eines um die Linse gewickelten, warmes Wasser führenden Kautchukrohres geschieht. Die Thiere können bei dieser Versuchsanordnung ohne Narkose untersucht werden, und zwar nicht nur Kaninchen, sondern auch Lämmer, Tauben und Hühner (die letzteren natürlicherweise ohne den Czermak'schen Kaninchenhalter, sondern eingewickelt in Pappschienen). Die Palpebra tertia (Membr. nictitans bei den Vögeln) besitzt eine knorpelfreie Stelle, an welcher nur die zwei Conjunctivalplatten sich befinden, die sich daher für die Beobachtung des Kreislaufes vorzüglich eignet. Die Methode ist, wie der Erfinder selbst zugibt, noch keineswegs als vollendet zu betrachten, ist aber in ihrem gegenwärtigen Zustande für die Beobachtung der Kreislaufsphänomene an Warmblütern jedenfalls die vollkommenste. Es ist übrigens vielleicht nicht unnöthig zu bemerken, dass die Circulation keineswegs, wie Hüter angibt, vollkommen frei ist, sondern dass durch die Abknickung des Lides immer eine vollständige oder unvollständige Compression einzelner Gefässe vorkommt, dass somit

Digitized by Google

die „Stasen", die Hüter beschreibt, keineswegs nur bei septisch oder pyämisch inficirten Thieren vorkommen. A. von Winiwarter.

608. Ueber den Einfluss der Kohlensäure auf das Knochengewebe. Von Dr. H. Tillmanns in Leipzig. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Separatabdruck.)

Angeregt durch die von Rindfleisch angegebene Hypothese, dass eine abnorme Vermehrung der Kohlensäure die Auflösung der Kalksalze bei Osteomalacie veranlasse, stellte T. interessante und lehrreiche Experimente an, deren Resultate beweisen, „dass es auch ausserhalb des Thierkörpers gelingt, durch die Einwirkung der Kohlensäure auf Elfenbeinstäbchen bei einer Temperatur von 37—38° C. den bekannten Effect (dass die bei der Behandlung der Pseudarthrosen eingeschlagenen Elfenbeinstifte häufig rauh und wie angenagt erscheinen) künstlich zu produciren, d. h. die vorher glatt polirten Stäbchen werden rauh „angefressen", haben also an den betreffenden Stellen ihre organischen und anorganischen Bestandtheile eingebüsst."

In letzterer Zeit wurde von Flesch eine ähnliche Beobachtung publicirt, nach welcher am todten Knochen durch die Einwirkung der Kohlensäure eine Auflösung sämmtlicher Bestandtheile des Knochengewebes stattfinde. Bisher existirten für die Entstehung der Resorptionslacunen an den Elfenbeinstiften zweierlei Erklärungen. — Während die Einen glaubten, dass eine solche Zerstörung mechanisch durch den Druck der andrängenden Granulationen bewirkt werde, beschuldigten die Anderen eine freie Säure (Milchsäure), durch welche der phosphorsaure und kohlensaure Kalk gelöst werde. — Gegen beide Annahmen bringt T. mehrfache Gründe. — Die Milchsäure ist in relativ viel geringerer Menge im Thierkörper anzutreffen, als die in allen Geweben sich entwickelnde freie Kohlensäure.

T. experimentirte in folgender Weise:

Er brachte 6 Elfenbeinstifte in reinen Quarzsand, der auf Knochentemperatur gebracht und erhalten wurde; zwei Stifte wurden stets von destillirtem Wasser, zwei von einer alkalischen Lösung aus phosphorsaurem und kohlensaurem Natron, und zwei von kohlensäurehältigem Blute $7^1/_2$ Wochen lang bespült; nach der Herausnahme aus dem Sande zeigten sich blos die letzteren rauh und angefressen, ihre Spitzen aufgefasert.

Ein zweiter und dritter Versuch bestätigte das erstere Resultat. T. meint, dass die Kohlensäure blos die Kalksalze aufgelöst habe, während die organische Grundsubstanz durch die im Quarzsande angesammelte Lösung von phosphorsaurem und kohlensaurem Natron gelöst wurde; (ein diesbezüglicher Versuch an entkalkten Elfenbeinstückchen diente zur Bestätigung).

Digitized by Google

Geht aus diesen Versuchen hervor, dass auch am lebenden Körper ein gleicher Vorgang an den Elfenbeinstäbchen stattfinden werde, so erscheint es sonderbar, warum nicht auch der in der Todtenlade (bei Necrose) liegende Sequester auf dieselbe Art aufgelöst werde. — T. erklärt dies dadurch, dass der letztere ausserhalb des Stoffwechsels liege.

Indem T. mit seinen Schlüssen nicht über die Grenzen seiner experimentellen Untersuchungen hinausgeht, überlässt er auch die Entscheidung, inwieweit die Kohlensäure auf lebendige Knochen einwirken könne, weiteren Forschungen. — Wölfler.

609. Der Einfluss des Grosshirns auf die Entstehung epileptischer Anfälle. Von Prof. P. Albertoni (Siena). (Archivio italiano per le malatie nervose 1876, 6. Heft.)

Wenn man an einem Hunde die den Sulcus cruciatus hinten begrenzende Windung mit schwachen, faradischen Strömen ganz kurze Zeit reizt, so erfolgt, vorausgesetzt, dass das Thier sich nicht im Zustande der Anästhesie befindet, ein vollständiger epileptischer Anfall mit Verlust des Bewusstseins und allgemeinen Convulsionen; das Thier beisst sich in die Zunge, Speichel rinnt aus dem Munde, die Pupillen sind sehr erweitert und unbeweglich. Der ganze Anfall, der noch ein Stadium der Unbesinnlichkeit hinterlässt, dauert circa 2 Minuten; in passenden Zwischenräumen lässt sich derselbe Versuch wiederholen. A. konnte an einem Hunde 7 Anfälle im Laufe eines Tages erzeugen. Dieselben Versuche gelingen auch an der Katze, aber nicht am Kaninchen. Reizt man andere als die oben angegebene Stelle der Hirnrinde, so treten die Anfälle entweder gar nicht auf, oder es bedarf bedeutend stärkerer Ströme. Wie schon erwähnt wurde, treten im Zustande der Anästhesie diese Anfälle nicht auf.

Entfernt man an einer Hemisphäre die erregten Bindeorgane und reizt nur die unverletzte, so zeigen sich die epileptischen Anfälle dennoch beiderseits gleich stark; es ist daher anzunehmen, dass durch die Hirnrindenreizung auf reflectorischem Wege andere motorische Centren, die A. an der Basis und im Bulbus vermuthet, und die eine doppelseitige Wirkung äussern, in Erregung versetzt werden. Obersteiner.

610. Ueber parasitenähnliche Bildungen im menschlichen Körper. Von Prof. Dr. Fritsch. (Virchow's Archiv, Heft 65, S. 379.)

F. bekam zur Untersuchung das Erbrochene eines Potators (47 j. Nachtwächter), in welchem derjenige, der es ausgeworfen hatte, ein Thier gesehen haben wollte und von dem er aussagte: „Das Thier lebte meiner Ueberzeugung nach vollständig nach dem Erbrechen und noch mehrere Tage nachher, wie auch von mehreren Personen bezeugt werden kann, sperrte oft den schnabelartig geformten Mund auf und hatte zwei Augen, die als dunkle Punkte zu beiden Seiten des Kopfes erschienen.“ F. erkennt darin nichts Anderes als den Magen und Darm-

Digitized by Google

canal von Quappen. Es gab auch der Mann zu, vor 14 Tagen Quappen gegessen zu haben. Da sich diese Theile in einem merkwürdig conservirten Zustande vorfanden, so dass man sogar noch die Drüsenschichte des Darmcanales nachweisen konnte, so hegt F. die Vermuthung, dass diese Theile verschluckt in einem Divertikel vielleicht knapp unter dem Oesophagus liegen geblieben sind, dass sie da von Schleim eingehüllt, mit Spirituosen begossen sich so erhalten konnten.

Weiter bestimmte F. einen fremdartigen Körper in menschlichen Entleerungen, die ihm zur Untersuchung von Virchow überlassen worden sind und wo jener für ein Convolut von Spulwürmern gehalten werden konnte, für einen Darm nebst Inhalt irgend eines Raubfisches des süssen Wassers. Prof. Eppinger.

611. Studien über das Lungenepithel. Von Dr. Küttner. (Virchow's Archiv, H. 66, S. 12.)

K. hält es für nothwendig, um die Frage ob die Lungenalveolen von Epithel oder Endothel ausgekleidet werden, zu lösen, den Entwicklungsgang jener näher ins Auge zu fassen. Die Resultate diesbezüglicher Untersuchungen sind: Bei einem Hühnchenei in der 50.—60. Brutstunde bildet sich die Lunge als eine seichte Anschwellung der Darmfaserhaut, in die hinein sich das Darmdrüsen- oder Epithelblatt einstülpt. Das weitere Wachsthum, welches an Rindsembryonen von 1·5 Ctm. Länge an bis zu einer Länge von 38 Ctm. verfolgt wird, besteht zunächst in einer Lappung jener primären Lungenhöcker; darauf folgt ein immerwährendes Längerwerden dieser letzteren mit gleichzeitiger Bildung secundärer, ebenfalls rechtwinkelig gestellter Sprossen, bis endlich der monopodistisch wachsende Bronchialbaum vollendet ist, aus dessen sämmtlichen kolbig geschwollenen Enden die Infundibula und endlich aus dieser die Alveolargruppen auswachsen. Dabei hält das Wachsthum des Darmfaserblattes und des Drüsenblattes gleichen Schritt. Letzteres bildet, bevor es sich in die primären Lungenhöcker einstülpt, eine Schicht radiär gestellter Spindelzellen, wonach nach der Einstülpung ein Saum (Basal-Saum) die Zellen gegen die Leiste zu und ein anderer (einer Membrana propria ähnlich) dieselben nach unten abschliesst. Diese radiär gestellten Spindelzellen wandeln sich bei weiterer Entwicklung in Cylinderzellen um mit anfänglich ungleich hoch gelagerten Kronen, bis endlich auch diese eine gleiche Höhe zunächst dem Basalsaum einnehmen, was Alles durch die Raumvermehrung beim weiteren Auswachsen des Epithelblattes bewirkt wird. Das Darmfaserblatt liefert beim weiteren Auswachsen die Gewebe des Lungengerüstes (Bindegewede, Knorpel, Blut- und Lymphgefässe und Nerven). Indem durch das endliche Auswachsen das Lungengerüste vollendet wird, und das Epithelblatt gleichzeitig sich fortentwickelt, so wird dem Raum und der Ausdehnbarkeit entsprechend das continuirliche Epithel auch eine verschiedene Form annehmen: in den Bronchien theils

Digitized by Google

polyedrisch, gegen die Peripherie zu cylindrisch, in den Alveolen anfänglich kubisch dann platt, wobei im embryonalen Zustande sich zwischen den Epithelzellen eine Kittsubstanz und junge Epithelzellen (Schaltzellen) vorfinden. Auch beim Erwachsenen konnte K. an überzeugenden Präparaten den Uebergang und die Continuität des Epithels der Bronchioli in das der Infundibula und endlich in das der Alveoli nachweisen, wobei ganz besonders an den Alveolar- und Infundibularleisten oft die Epithelzellen mit ihren Hälften in zwei benachbarten Räumen liegen, und sich auch hier ganz genau das Gesetz, wie in embryonalen Lungen, wiederholte, nämlich dass sich das Epithel dem Raume und der Fläche anpasst, und darnach seine Form richtet. Abgesehen von diesem directen Nachweise der Continuität des Bronchial- und Alveolarepithels — welche die Natur des letzteren als Epithel sichert entgegen der Annahme Buhl's, der die Auskleidung der Alveoli als Endothel auffasst — sichert K. seine richtige Darstellungsweise noch dadurch, dass er durch seine Methode neben der Epithelauskleidung noch das Lymphgefässendothel darstellte, und es sprechen auch das Vorkommen der Schaltzellen in dem Lungenepithel, die nachgewiesene Continuität und endlich der Nachweis der Entwicklung desselben aus den Darmdrüsenblasen gegen die Auffassung, dass die innere Alveolarauskleidung Endothel wäre, wobei, wie K. ganz richtig bemerkt, die Form und Grösse der Zellen gar keinen Ausschlag geben, denn beide sind abhängig von dem Raume der Fläche, die sie auskleiden. Dass das Pflasterepithel der Alveoli von Lungen, welche geathmet haben, nichts Anderes sei, als blos das durch die Raumvergrösserung ausgedehnte kubische Epithel der Alveoli embryonaler Lungen, hat K. durch künstliche Injectionen des Bronchial- und Alveolarraumes embryonaler Lungen nachgewiesen, wobei sich auch die Eigenthümlichkeit der Dehnbarkeit des Lungenepithels documentirte. Auch konnte K. endlich durch vielfache Untersuchung von Lungen theils neugeborner, theils älterer Kinder die Thatsache feststellen, dass niemals durch etwaigen fettigen Zerfall des embryonalen Epithels und Neubildung eines Pflasterepithels nach eingetretener Athmung sich letzteres entwickle, sondern eben nur durch Ausdehnung des embryonalen kubischen Epithels. Prof. Eppinger.

612. Ueber localisirte Tuberculose der Leber. Von Dr. Orth. (Virchov's Archiv. Bd. 66, S. 113.)

Indem O. auf die möglichen Formen des Vorkommens der Tuberculose in der Leber und namentlich auf das seltenere Vorkommen grösserer isolirter, von den Gallengängen unabhängiger Knoten aufmerksam macht, gibt er zwei Fälle letzterer Art an. Bei einem 38jährigen Manne fand sich neben allgemeiner miliärer Tuberculose in der Mitte des rechten Lappens ein wallnussgrosser Knoten, über dessen tuberculose Natur seiner Zusammensetzung nach kein Zweifel herrschen konnte, und an dessen Peripherie sich reichlichst ganz frische miliäre Knötchen nachweisen

Digitized by Google

liessen. In auffallender Weise erschien in dem zweiten Falle (59-jähriges Weib, geheilte Tuberculose der Lungen, Tuberculose des Peritonäum, braune Atrophie des Herzens, Granularatrophie der Nieren, chronischer Darmkatarrh, Hydrops), die Leber von vielen, eine einzige während des Lebens als Knoten vom rechten Leberlappen vorspringende Geschwulstmasse bildenden Tuberkeln durchsetzt, die hier theils gruppirt, theils einzeln, und da bis zur Kirschengrösse im Lebergewebe zerstreut sich vorfanden. Eine Betheiligung der Gallengänge konnte Orth vollständig ausschliessen und bei dem Nachweise submiliärer Knötchen auch auf diese Weise die Natur der grösseren Knoten als Tuberkeln feststellen.

Prof. Eppinger.

613. Pathologisch-anatomische Beobachtungen. Von Dr. Litten. (Virchow's Archiv Bd. 66, S. 129.)

1. Ein Fall von schwerer Gicht mit Amyloiddegeneration. Bei einem 41jährigen Manne, der in seiner Jugend Anfälle von Rheumatismus dargeboten hat, später einer höchst ausgesprochenen hochgradigen Gicht verfallen war und unter Steigerung der Symptome derselben zu Grunde ging, fand Litten dem entsprechende Erscheinungen an sämmtlichen Gelenken ausschliesslich der Gelenke der Wirbelsäule, nämlich Difformität der Gelenke, Abschliff der Knorpelfläche, Ablagerung eines Gypsmehl ähnlichen Beschlages in und um den Gelenken herum. Gichtknoten an den Gelenken und längs der Sehnenscheiden in Form fibrös umwandeter Cyste mit mörtligem Inhalte, Concretion in den Rippenknorpeln und Atrophie der Corticalsubstanz der Röhrenknochen. Dabei fand er Endocarditis der valv. Mitralis, Einlagerung kalkiger Massen in der Schleimhaut zwischen Tonsillen und der Uvula, auf der Spitze der Zungenbeinhörner, in den ligg. thyreohyoideis, zwischen diesen und den Oberhörnern der Cart. thyreoidea, auf letzteren und in, den Weichtheilen rings herum amyloide Degeneration der Arterien in dem Netz, geschrumpfte Niere mit amyloider Degeneration und Einlagerung massenreicher korn- und streifenähnlicher Anhäufungen von weisslichen Concrementmolekulen, grössere Concremente in den Nierenkelchen. Durchaus erwiesen sich die vorgefundenen weisslichen steinigen Massen als harnsaures Natron. Während die knorpligen Antheile an den deformirten Gelenken nach Auslaugen der abgelagerten harnsauren Salze keine Veränderung nachwiesen, konnte an den ligamentösen Theilen dagegen solche chronische Entzündung wahrgenommen werden. Hiebei ist als von klinischem Interesse hervorzuheben, dass in diesem Falle keine typischen Anfälle von Chiragra oder Podagra gewesen waren (irreguläre Form der Gicht nach Garrod), dass die Erscheinungen von Seiten der Nierenerkrankung und ihre Folgen derartige (zu geringer, sehr eiweisshaltiger Harn ohne Formbestandtheile, keine Hypertrophie des linken Herzens, Hydropsien) waren, dass man eine stricte Diagnosis nicht machen, und nur Schrumpf- oder amyloide Nieren vermuthen konnte. Anatomisch kann constatirt werden, dass die Schrumpfnieren früher dagewesen und die amyloide Degeneration erst später hinzugetreten sein mochte. Inwiefern aber die amyloide Degeneration mit der Gicht in Zusammenhang zu bringen sei, kann ein einzelner Fall kaum entscheiden. Schliesslich bemerkt L. noch, dass die Ablagerungen harnsaurer Salze im Kehlkopf dieses Falles, welches Symptom zu den grössten Seltenheiten zählt, gar keine Störungen der Phonation veranlasst haben.

2. Ureteritis chronica cystica polyposa nebst cystischer Degeneration der Niere. — Bei einem 75jährigen Weibe beobachtete L., dass die rechte Niere vollständig obsolescirt war und keine Spur normaler Nierentextur nachweisen

Digitized by Google

liess, dass in derselben zahllose, theils mit klarem Inhalte, theils mit verändertem Blutfarbstoff gefüllte Cysten eingelagert waren; die Nierenkelche und Becken, die fast das ganze Volumen der so geschrumpften Niere ausmachten, waren bedeutend erweitert, an deren Schleimhaut zahllose Hämorrhagien sich vorfanden. Der Ureter dieser Seite ist in seinem Beginne in der Länge von 13 Ctm. sehr weit und hat in der Schleimhaut zahllose dicht aneinander gedrängte caviarkorn- bis erbsengrosse fluctuirende Bläschen von weisslicher bis schwärzlicher Farbe, die halbkuglig vorspringen und von normaler Schleimhaut zwischen sich gar nichts erkennen lassen. Weiter darauf nach abwärts in der Länge einiger Centimeter wird der Ureter enger und diese Bläschen sparsamer zumeist bis erbsengross und durchaus gestielt, darauf hin kommt ein zwischen zwei queren Narbenzügen der Ureterwand eingeklemmtes Concrement mit einem harnsauren Kern und oxalsaurem Kalkmantel. Darunter endlich noch zwei gleiche Concremente übereinander, bis endlich knapp über der Blase der Ureter dünnwandig und nur noch 7 Mmtr. weit erscheint. Die Bläschen bestanden zumeist aus Bindegewebe und waren bedeckt mit Plattenepithel, im Innern fassten sie eine mucinhaltige Flüssigkeit und waren ausserdem darin theils weisse, theils rothe Blutkörperchen, theils freie Kerne, theils Plattenepithelien, theils Colloidklumpen und endlich Riesenzellen ähnliche Gebilde vorgefunden worden. Diesen Fall erklärt L. als cystisch und polypös degenerirte Ureterenschleimhaut in Folge eines chron. Catarrh und Retention des Secretes in den abnorm tiefen Schleimhautkrypten oder abnorm gebildeten Schleimdrüsen. Die in den Nieren vorgefundenen Cystchen erwiesen sich fast durchaus als cystisch dilatirte Harncanälchen und konnte L. nirgends nachweisen, dass sich die Knäuelkapseln an dieser Cystenbildung auch betheiligt hatten. Prof. Eppinger.

614. Ueber secundäre Krebsentwicklung im Diaphragma. Von Dr. Rajevsky. (Virchow's Archiv Bd. 66, S. 154.)

V. untersuchte dieselbe zuerst bei primären cylinderzelligen Krebsen der Leber und fand, dass die vorgefundenen Metastasen sich in ihrer ersten Entwicklung förmlich aus Höhlen zusammensetzen mit Verbindungsbahnen, die mit Epithel ausgekleidet sind, und dass diese ausschliesslich sich aus Lymphbahnen des Diaphragma entwickeln. Die grösseren vorgefundenen Krebshöhlen, mit cylindrischem Epithel gefüllt, namentlich in den tieferen Schichten der Serosa (Bauchfellseite) und im subserösen Gewebe, sind entartete Lymphgefässe und Lymphcapillaren; die kleineren sternförmigen Höhlen dagegen, mit kubisch epithelialer Auskleidung, welche sich vorzüglich in den oberflächlichsten Schichten der Serosa vorfinden, entsprechen den Knotenpunkten veränderter Saftcanälchen. Die verbindenden Zellstränge, ebenfalls mit kubischem Epithel ausgekleidet, wie Drüsenausführungsgänge, sind entweder Lymphcapillaren oder Saftcanälchen. Den Entwicklungsgang denkt sich R. so, dass eine krebsig infectiöse Substanz nichtzelliger Natur an den oberflächlichsten Leberknoten die Serosa der Leber durchpassire, hier es zunächst zu einer Differenzirung des Epithelbeleges komme, dass sie dann auf die zugekehrte Diaphragmaserosa übertrete, hier ebenfalls eine Differenzirung des Epithels bewirke, dann durch die Ausführungsgänge der Saftcanälchen in diese dringe und zunächst in die weiteren Lymphbahnen der Subserosa vorschreite und hier ebenfalls eine Differenzirung des auskleidenden Plattenepithels zu cylindri-

Digitized by Google

schem Epithel bewirke, wonach eine schleimige Metamorphose eintrete; daraufhin Dilatation der Lymphbahnen und der Saftcanälchen erfolge, so dass es endlich auch hier zu einer Differenzirung des Epithels zu kubischem Epithel kommen soll. Dabei beobachtet man nie wuchernde Zellhaufen in den Lymphbahnen, die auf eine Immigration und Wucherung krebsiger Elemente hindeuten könnten, noch Veränderungen im Bindegewebe, die eine Beziehung zu der Krebsentwicklung ermöglichen würden. Auch beim colloiden Krebs des Magens hat R. bei der Metastasirung desselben in dem Zwerchfell die Betheiligung zunächst der Lymphgefässe, dann der Saftcanälchen nachgewiesen, wobei es durch Eindringen einer infectiösen Substanz auch hier zunächst zu einer Differenzirung des auskleidenden Epithels, aber bald darauf oder zugleich zu einer colloiden Metamorphose derselben komme, wodurch sich die bewirkten Bahnen abermals, aber bedeutender als beim Cylinderkrebs ausdehnen. Doch wesentlich zum Unterschiede von diesem kommt es beim secundären Gallertcarcinom fast gleichzeitig mit der colloiden Metamorphose der Epithelzellen auch zu einer solchen des Bindegewebsfaserlagers. Dadurch wird immer mehr und mehr der Unterschied zwischen zu Krebshöhlen umgewandelten Lymphbahnen und zwischen dem Bindegewebe verwischt, woraus die Eigenthümlichkeit des colloiden Krebses resultirt, die bekannten bläschenartigen Knötchen verschiedenster Grösse und Gruppirung zu bilden. In vielen derselben wird oft eine colloide periphere Zone und ein solches Centrum und in der Mitte ein concentrischer Ring colloid entarteter Epithelzellen nachgewiesen. Während u. A. Köster dieses bekannte Bild dahin deutet, dass die colloide Masse zwischen die Lymphepithelien dringe und dieselben abhebe, meint R., dass die periphere Colloidzone von dem umgebenden colloidentarteten Bindegewebe herrühre. Zum Schlusse seiner Arbeit erwähnt R. noch, dass er auch bei dem gewöhnlichen Hautkrebs in der Peripherie desselben eine Betheiligung des Lymphbahnsystems nachweisen konnte. Prof. Eppinger.

614. Ueber die Bildung und die Bedeutung der Riesenzellen und über epithelartige Zellen, welche um Fremdkörper herum im Organismus sich bilden. Von Dr. Giovanni Weiss (Padua). (Virchow's Archiv Bd. 68, S. 59.)

Dieses voranstehende Thema behandelt W. in der Weise, dass er zunächst constatirt, wo er Riesenzellen in Lymphdrüsen nicht gefunden, nämlich bei acuter Hyperplasie derselben, und wo er sie wohl fand, nämlich bei chronischer Hyperplasie der bronchialen Lymphdrüsen, ohne dass aber Tuberculose auch nur irgendwo vorhanden gewesen wäre, und zwar an solchen Stellen, wo regressive Metamorphose sich zeigte, und dann in syphilitisch entzündeten inguinalen Lymphdrüsen und zwar auch hier an Stellen, die regressiver Metamorphose unterlegen erschienen. Da es W. auch um die Controlirung der Ansichten

Digitized by Google

Schüppel's, bezüglich der Lymphdrüsen-Tuberculose zu thun war, mit denen so innig die Riesenzellenfrage bei Tuberculose vereinigt zu sein schien, so konnte er trotzdem nach vielfachen Untersuchungen unter den Augen Virchow's nachweisen, dass Riesenzellen in tuberkelfreien Lymphdrüsen vorhanden seien: dass eine Verkäsung hyperplastischer Lymphdrüsen stattfinden könne, ohne dass sie tuberculöser Natur wäre. Nachdem also die Specialität der Riesenzellen für Tuberculose in Frage gestellt werden muss, ging W. der Frage nach der Entstehung der Riesenzellen experimentell zu Leibe und benützte hiezu Fremdkörper, unter Anderem Baumwollfaden, Haare, die er in's Unterhautzellgewebe Hunden, Tauben und Kaninchen geschoben hatte und sie da längere Zeit liegen liess. Durch nachträgliche Untersuchung der Fremdkörper und des neugebildeten Gewebes um sie herum konnte W. beobachten, dass knapp rings um sie herum und diese auch einschliessend sich wahre Riesenzellen gebildet hatten. Dabei gelangte W. zu der Anschauung, dass durch die eingelegten Fremdkörper zunächst kleine Rundzellen, wahre Granulationszellen gebildet wurden, die im weiteren Verlaufe sich zu epitheloiden Zellen, und diese wieder durch innige Gruppirung und Verschmelzung sich zu wahren Riesenzellen entwickeln. Mit dieser Ansicht steht W. der Ziegler's entgegen, die dahin geht, dass Riesenzellen sich aus farblosen Blutkörpern bilden, durch Theilung ihrer Kerne unter gleichzeitiger Aufnahme naheliegender mit ausgewanderten weissen Blutkörperchen. Dann würde es aber nicht möglich sein, dass sich in der Mitte wahrer Riesenzellen, wie dies W. so oftmal erzeugt und gesehen, Fremdkörper vorfinden könnten. Indem nun weiter W. nach Virchow'schen Lehren darauf hinweist, dass es keine Schwierigkeit gibt, weisse Blutkörperchen im auswandernden Zustande, deren öftestes Schicksal die Umwandlung in Eiterkörperchen ist, von Granulationszellen zu unterscheiden, so beweist er, dass in seinen Experimenten und vermuthlich auch in den Ziegler'schen Präparaten es Granulationszellen gewesen sind, die einer progressiven Metamorphose wohl fähig, sich schliesslich zu Riesenzellen umgewandelt haben. Es bedarf hiezu nicht eines Capillarraumes, sondern nur der Entwicklung von Granulationszellen, die unbeirrt der vorliegenden Ernährungsverhältnisse, nur gereizt von den Fremdkörpern in einer neuen Richtung wachsen, nämlich zu Riesenzellen. Diese seien aber nie einer weiteren Entwicklung fähig, z. B. zu Bindegewebe oder Gefässen, sondern unterliegen selbst bald einer progressiven Metamorphose. Zum Schlusse seiner Arbeit macht Weiss noch auf den Umstand aufmerksam, dass bei seinen Experimenten sich um die vorgeführten Fremdkörper blos jene Art der Zellen vorfinden, die er als Uebergangsform bei der Entwicklung der Granulationszellen zu Riesenzellen beobachtet hatte und die er den epithelialen Zellen so ähnlich schildert. Sie seien so in ihrer Anordnung den die Krebsalveoli füllenden Zellen ähnlich, dass sich vielleicht die Frage aufwerfen liesse, ob bei der

Digitized by Google

Krebsentwicklung sich nicht auch eine ähnliche Bildung der Krebsalveoli denken liesse, nämlich durch Reizung des Bindegewebes von Seite eines Fremdkörpers, und es dürften somit in dieser Beziehung gleichartig angestellte Versuche bald Aufschluss versprechen. Prof. Eppinger.

616. Ueber die Bildung der Hippursäure. Von G. Bunge und Schmiedeberg. (Arch. f. exp. Pathol. und Pharmakolog. 6. Bd. 3. u. 4. Heft.)

Die in den Thierkörper aufgenommenen organischen Stoffe unterliegen im Verdauungscanal zum Theil einer Spaltung unter Wasseraufnahme, z. B. Fett zerfällt in Glycerin und Fettsäuren. In diesen Vorgängen liegt für den Chemiker insofern nichts Räthselhaftes, als sie auch ausserhalb des Organismus sich künstlich hervorbringen lassen. Anders verhält es sich dagegen mit gewissen chemischen Vorgängen, welchen die aus dem Verdauungscanal resorbirten Stoffe in den Geweben des Thierkörpers unterliegen; hier findet der umgekehrte Process statt: es werden die unter Wasseraufnahme gespaltenen Moleküle unter Wasseraustritt wieder vereinigt. Solche Synthesen sind die Vereinigung des Glycerins und der Fettsäuren zu Fetten, die Vereinigung von Benzoësäure und Glycocoll zu Hippursäure etc. In welcher Weise und durch welche Mittel diese unter Wasseraustritt verlaufenden synthetischen Processe zu Stande kommen, ist noch ganz räthselhaft und die Vf. haben nun zunächst an der Hippursäure dieselben studirt.

Nachdem sie zunächst eine (im Original nachzusehende) vollkommen zuverlässige Methode zum Nachweis auch der geringsten Hippursäuremengen und zur scharfen Trennung derselben von allen übrigen Bestandtheilen des Thierkörpers ausfindig gemacht hatten, wurde vor Allem die Frage, in welchen Organen die Bildung der Hippursäure vor sich geht, in Angriff genommen. Kühne und Hallwachs meinen, dass sie innerhalb der Lebergefässe, also im Blute bei Gegenwart von Gallenbestandtheilen und zwar durch eine Spaltung der Glycocollsäure aus der Benzoësäure entsteht, wärend Meissner und Shepard schliessen, dass der Ort der Hippursäurebildung die Nieren seien.

Die Verf. wiederholten nun zunächst die Versuche mit Ausschliessung des Leberkreislaufes. Bei Hunden, denen die in der Porta hepátis ein- und austretenden Gefässe unterbunden wurden, liess sich nach Injection von Benzoësäure und Glycocoll in das Blut nach 50 Minuten in einem Falle Hippursäure im Blute nur in geringer Menge, im zweiten Falle nicht mit Sicherheit nachweisen. Sie schritten daher zu Versuchen an Fröschen, die nach Exstirpation der Leber noch 2—3 Tage am Leben bleiben. Nachdem zunächst festgestellt war, dass im Organismus der Frösche überhaupt nach Injection von Benzoësäure und Glycocoll Hippursäure gebildet wird (ohne Injection von Benzoësäure liess sich nie Hippursäure nachweisen), ergaben die weiteren Versuche an entleberten Fröschen, dass die Leber nicht der Ort, wenigstens nicht der ausschliessliche Ort

Digitized by Google

der Hippursäure ist; ferner, dass entleberte Frösche auch ohne gleichzeitige Einführung von Glycocoll Benzoësäure in Hippursäure umzuwandeln vermögen (gegen Kühne und Shepard, welche die Leber insofern als Ort der Hippursäurebildung bezeichnen, als sie das Glycocoll zur Hippursäurebildung liefern).

Aber auch nach vorhergegangener Exstirpation der Nieren liess sich bei Fröschen nach Injection von Benzoësäure und Glycocoll Hippursäure nachweisen, so dass also bei Fröschen auch die Niere nicht der ausschliessliche Ort der Hippursäurebildung ist.

Anders bei Hunden. Hier liess sich nach Unterbindung der Gefässe beider Nieren nach Injection von Bezoësäure und Glycocoll weder im Blute noch in der Leber, noch in den Muskeln Hippursäure nachweisen, während dies bei intacten Thieren oder nach Unterbindung der Uretheren der Fall war Bei Hunden ist somit die Niere der Ort der Hippursäurebildung.

Die Verhältnisse und Bedingungen, unter denen die Bildung von Hippursäure in den Nieren zu Stande kommt, wurden an der ausgeschnittenen Niere geprüft. Es gelang nämlich zunächst, auch beim längeren Durchleiten von Benzoësäure und glycocollhaltigem Blute durch die ausgeschnittene Niere, selbst wenn die Durchleitung erst 48 Stunden nach dem Ausschneiden der Niere erfolgte, die Bildung von Hippursäure nachzuweisen.

Auf demselben Wege wurde die Frage erledigt, ob das dem Blute zugefügte Glycocoll an der Bildung der Hippursäure sich betheiligt, oder ob das Glycocoll der Hippursäure aus irgend welchen Bestandtheilen des Blutes oder der Nieren sich abspaltet und im Status nascens mit der Benzoësäure vereinigt.

Für das erstere sprach ein Versuch Spengel's, nach welchem bei einem Hunde nach alleiniger Darreichung von Benzoësäure im Harn Benzoësäure und Hippursäure in nahezu gleicher Menge sich fanden, während bei gleichzeitiger Darreichung von Benzoësäure und Glycocoll der Harn nur Hippursäure und keine Spur von Benzoësäure enthielt.

B. und Sch. fanden nun, dass die Niere auch beim Durchleiten von nur benzoësäurehaltigem Blute Hippursäure bildet, die Menge derselben aber weit geringer ist, als bei gleichzeitiger Zufuhr von Glycocoll, somit das dem Blute zugeführte Glycocoll sich in der Niere mit der Benzoësäure unter Wasseraustritt zur Hippursäure vereinigt hat.

Nachdem nun die Niere als der Ort der Hippursäurebildung erkannt war, fragte es sich, ob dabei das intacte Gewebe der Niere eine Rolle spielt, oder ob sich die Niere an diesem Processe blos durch die Einwirkung gewisser chemischer Bestandtheile betheiligt, die vielleicht auch im isolirten Zustande diese Wirkung beibehalten. Versuche mit fein zerstampften Kalbsnieren, entweder allein oder unter Gegenwart von Blut, mit Benzoësäure und Glycocoll längere Zeit in Contact gelassen, liessen

Digitized by Google

keine Bildung von Hippursäure nachweisen, so dass also bei der Hippursäurebildung das intacte Gewebe der Niere eine Rolle spielt.

Weitere Durchleitungsversuche mit 2%iger Kochsalzlösung oder von den Blutkörperchen freiem Hundeblutserum unter Zusatz von Benzoësäure und Glycocoll ergaben endlich noch, dass bei der Hippursäurebildung die Blutkörperchen eine wesentliche Rolle spielen; auf welche Weise konnte noch nicht ermittelt werden, möglicherweise dadurch, dass sie nur als Sauerstoffträger wirken. Prof. v. Schroff jun.

617. Expériences sur les fonctions des nerfs sensitifs. Par Charles Richet. (Gazette médic. 1876, Nr. 24.)

Amputirt man den Oberschenkel eines Frosches der Art, dass die Extremität nur durch den unversehrten Ischiadicus mit dem Rumpfe im Zusammenhang bleibt, so erhält sich die Functionsfähigkeit des Nerven, wenn derselbe nur vor dem Austrocknen geschützt wird, trotz der unterbrochenen Blutcirculation noch $6^1/_2$—8 Stunden intact. Nach Ablauf dieser Zeit beginnt der Nerv von der Peripherie nach dem Centrum hin abzusterben und zwar erlöschen zuerst die sensiblen, dann erst die motorischen Functionen. Selbst wenn die Reflexerregbarkeit durch Strychnin-Vergiftung gesteigert ist, so löst die directe, resp. indirecte Reizung des auf die beschriebene Weise präparirten Nerven keinen Reflex vom Rückenmark mehr aus, zu einem Zeitpunkt, wo dieselbe noch eine Muskelcontraction desselben Beines hervorruft und wo dieses Bein sich noch an dem allgemeinen Reflextetanus betheiligt, welcher durch einen am andern unversehrten Bein applicirten Reiz bewirkt wird. — Wie bei der künstlichen Anämie, so auch beim Tod des Nerven durch Erschöpfung. Hinreichend starke Inductionsströme vernichten erst die Sensiblität, dann die Motilität. Elektrische Reize, auch wenn sie zu schwach sind, um für sich das Absterben des Nerven durch Erschöpfung herbeizuführen, beschleunigen dasselbe doch stets. Lassar.

618. Ueber die Processe der Gährungen und ihre Beziehungen zum Leben der Organismen. Von F. Hoppe-Seyler I. (Pflüg. Arch. XII. S. 1—17.)

Eine Reihe von Thatsachen weist darauf hin, dass unter den chemischen Vorgängen im Organismus auch Reductionsprocesse ablaufen; so die Bildung von Gallenfarbstoff und Urobilin, das Auftreten von Benzoë- und Hippursäure nach Einnahme von Chinasäure, von Bernsteinsäure nach Genuss von Asparagin, das Erscheinen von Brenzcatechin im Harn der Pferde, welches wahrscheinlich deren Nahrung entstammt. Dass diese in alkalischen Flüssigkeiten so leicht oxydablen Körper neben den kräftigen Oxydationen fortbestehen können, lässt sich nur durch die Annahme erklären, dass nach Analogie der Fäulnissprocesse im Organismus Stoffe unter der Einwirkung des Wassers verändert und gespalten werden.

Digitized by Google

Sämmtliche Fäulnissvorgänge sind Gährungen und diese vom physiologisch-chemischen Standpunkt aus zu scheiden in:

1. Fermentative Umwandlung von Anhydriden in Hydrate. Hier entspricht die Fermentwirkung entweder einer Wirkung verdünnter Mineralsäuren in der Siedetemperatur (z. B. Verwandlung von Amylum in Dextrin und Zucker, von Glycogon in Traubenzucker, Rohrzucker in Trauben- und Fruchtzucker, Spaltung ven Amygdalin in Bittermandelöl und Blausäure neben Zucker, Peptonisirung) oder der Wirkung von Alkalien bei Siedetemperatur (z. B. Spaltung des Harnstoffs zur Kohlensäure und Ammoniak).

2. Fermentative Umwandlung durch Wanderung von Sauerstoffatomen nach dem einen Ende des Molecüls (Carboxylbildung) bei gleichzeitiger Reduction der andern Seite desselben, ferner Bildung von Kohlensäure unter Entwicklung von Wasserstoff oder Bildung wasserstoffreicherer Körper (z. B. Milchsäure-, Alkohol-, Buttersäure-Gährung). In diese Kategorie gehören sämmtliche Fäulnissprocesse.

Die Uebertragung des Sauerstoffatoms vom Wasserstoff an den Kohlenstoff kann als das erste Moment der ganzen Umsetzung angesehen werden und alle Reductionen, die in faulenden Flüssigkeiten geschehen, sind secundäre Processe, hervorgerufen durch den Wasserstoff im Entstehungszustand. Diese Reductionen unterbleiben, wenn während der Fermentation atmosphärischer Sauerstoff Zutritt hat.

Aehnliche Vorgänge müssen nach der Ausführung des Verf. den Lebensprocessen der Organismen zu Grunde liegen. Der Stoffwechsel wäre demnach als eine Kette von Processen anzusehen, von denen die erste Fermentation der Fäulniss analog verläuft und bei Abwesenheit von Sauerstoff und Wasserstoff im freien Zustande Reductionsproducte, Carboxylverbindungen oder Kohlensäure liefert. Der zutretende Sauerstoff wird dann durch Einwirkung der fermentativen Zersetzung activ und kann jetzt erst die physiologische Verbrennung bewirken. Lassar.

619. Macht die subcutane Injection von Glycerin den Zuckerstich unwirksam? Von C. Eckhard. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1876, Nr. 66.)

Subcutane Injection von 30 Ccm. einer Glycerinlösung, die 40 Volumprocente Glycerin enthält, soll nach Buchsinger bei Kaninchen unter Auftreten von Hämoglobinurie den durch Piqure oder Curare zu erwartenden Diabetes ausbleiben machen. E. constatirte die Hämoglobinurie, fand aber trotz derselben eine bis zwei Stunden nach dem Zuckerstich deutliches und reichliches Auftreten von Harnzucker, der sich mit Fehlingscher Lösung, wie mit der Gährungsprobe auf das Entschiedenste nachweisen liess. Verf. findet die Ursache für dieses differente Resultat in der Unsicherheit, mit welcher sich das Gelingen der Piqure im einzelnen Fall voraussagen lässt. Lassar.

Digitized by Google

620. Experimentelle Untersuchungen über die Physiologie der Milchabsonderung. Von Dr. A. Roehrig. (Virch. Arch. Bd. 67, S. 119—146.)

In die Milchdrüse der Ziege wurde ein dem geraden weiblichen Katheter ähnlich construirter Milchkatheter eingeführt und zunächst beobachtet, dass, nachdem das in der Milchcysterne angesammelte Quantum abgelassen ist, die Milch in fast absolut gleichmässiger Weise abtropft, wenn mechanische Einflüsse (Drücken, heftige Bewegung) ferngehalten werden. In je 5 Minuten wurden z. B. durchschnittlich 10 Tropfen entleert.

Bei Reiz- respective Durchschneidungsversuchen an den Aesten des Nervus spermaticus externus des curarisirten Thieres blieb die Durchschneidung und die peripherische Reizung des Ramus papillaris ohne Einfluss auf die Absonderungsgeschwindigkeit. Centripale Reizung dieses Astes bewirkte dagegen reflectorische Erhöhung derselben. Durchschneidung des Ramus glandularis (Nervi medii) verlangsamt, peripherische Reizung beschleunigt die Secretion in beträchtlichem Masse, während der Nervus inferior — zwischen Arteria und Vena pudenda verlaufend — auf periphere Reizung durch Sistirung der Milchabsonderung antwortet, welche in Folge der Section dieses Astes auf das lebhafteste beschleunigt wird. Dieser Nerveneinfluss ist nicht als ein eigentlich secretorischer aufzufassen, denn bei Abklemmung der Arteria pudenda externa, dem einzigen die Drüse mit Blut versorgenden Gefässe, wird die Milchabsonderung trotz jeder Nervenreizung zum Stillstand gebracht. Die Innervation besteht in der motorischen Erregung der contractilen Elemente, welche das fertige Secret zum Austritt bringen. Die langdauernde Latenz der Reizung entspricht dem Charakter der glatten Muskelfasern, welche durch die eigenthümlich späte und nachhaltige Art ihrer Reaction charakteristisch sind. Es vergeht stets etwa eine Minute, bis die Reizung oder Durchschneidung der Milchdrüsennerven von ihrem Effect gefolgt wird.

Die Milchdrüsennerven scheiden sich in sensible resp. reflectorische, in motorische, welche die Erection der Brustwarze und den Tonus der contractilen Drüsenelemente beeinflussen, und in vasomotorische, von denen das Lumen der Blutgefässe abhängig ist. Künstliche Steigerung des arteriellen Drucks durch Strychnin, Digitalin und Coffein vermehrte die Milchabsonderung in reichlichem Masse. Das Jaborandi wirkt, wie auf Harn, Thränen und Schweiss, so auch auf die Secretion der Milch beschleunigend und zwar gleichfalls durch Steigerung des Gesammtblutdrucks. In allen Fällen, auch bei Athmungssuspension und centraler beiderseitiger Vagusreizung steigt mit dem Blutdruck die Milchabsonderung, ebenso, wie sie absinkt, wenn der Druck durch Chloralhydrat, Bromkali oder Atropin herabgedrückt wird.

Digitized by Google

Verf. weist schliesslich auf die Wichtigkeit dieser Ergebnisse in therapeutischer Beziehung zur Galactorrhoe und Agalactie hin.

Lassar.

621. Beobachtungen über den Blutstrom im Muskel. Vorläuf. Mitth. von W. H. Gaskell. (Centralbl. f. d. med. W. 1876.)

Während und nach dem Tetanus ist die in der Zeiteinheit aus der Vene ausfliessende Blutmenge vermehrt. Durchschneidung des Nerven verursacht eine mikroskopisch (am Frosch) wahrnehmbare Erweiterung der Arterie mit beschleunigtem Blutstrom. Denselben Einfluss haben chemische, mechanische und elektrische Reize. Stets geht der Erweiterung eine Latenzperiode voran. Bei fortgesetzter elektrischer Reizung des motorischen Nerven macht die Erweiterung einer Verengung Platz, welche allmälig über die Norm hinausgeht, um erst allmälig zu dieser zurückzukehren. Auf einzelne Inductionsschläge antwortet die Arterie mit präcisen einzelnen Dilatationen. Auch wenn der Blutstrom im Muskel fast erloschen ist, genügt die Inductionsreizung, um die leeren Capillaren zu füllen. Die Erweiterung des Gefässrohres geht der Füllung zeitlich vorher.

Die vorliegenden Untersuchungen sind im Ludwig'schen Laboratorium ausgeführt. Lassar.

622. Ueber die thermischen Wirkungen experimenteller Eingriffe am Nervensystem und ihre Beziehung zu den Gefässnerven. Von A. Eulenburg und E. Landois. (Virch. Arch. LXVI, 489.)

Um die thermischen Wirkungen peripherischer Reizung und der Durchschneidung von Nervenstämmen zu prüfen, bedienten die Verf. sich des überaus empfindlichen und exact reagirenden Elektrogalvanometers von Meissner und Meyerstein (s. Zeitschr. f. rat. Med. XI.), welchen sie mit Dutrochet'schen thermoelektrischen Nadelelementen in Verbindung setzten. Reizung des Halssympathicus in der Continuität oder (nach Durchschneidung) am peripherischen Ende bewirkte sofortige Abkühlung des betreffenden Ohres, auch über die Dauer der Reizung hinaus (0·5 bis 2·5° C. während 15—20 Secunden). Auf diese Abkühlung folgte eine über das Normale um 1° C. hinausgehende Wärmesteigung (Maximum 50 Secunden nach der Reizung, dann wieder Sinken der Temperatur). Eine minimale und rasch vorübergehende Abkühlung von 0·1—0·2° C. und 10 Secunden Dauer folgt unmittelbar der Durchschneidung des Halssympathicus, dann erwärmt sich das Ohr rasch innerhalb 75 Secunden bis zu einer Temperaturerhöhung von 6° C.

Die Versuche, welche über Durchschneidung resp. Reizung des Ischiadicus an curarisirten Hunden und Kaninchen angestellt sind, bieten kaum etwas Neues; Erwärmung der Pfote um circa 3° C. nach Durchschneidung des Hüftnerven, Abkühlung nach elektrischer Reizung des peripheren Endes. Die Verf. legen mit Recht die Hauptbedeutung vor-

Digitized by Google

liegender Arbeit in die erneuerte Benutzung exacter thermoelektrischer Methoden. Lassar.

623. Weitere Untersuchungen über mitgetheilte Entzündungen. Von Prof. J. Burdon-Sanderson. (Med. Jahrb. 417, 1876.)

Verf. hat bereits früher (Med. Jahrb. 1873) Versuchsresultate mit getheilt, aus denen hervorgeht, dass die Entzündungsproducte einer einfachen, durch Ammoniak- oder Jod-Einspritzung hervorgebrachten, nicht infectiösen Entzündung in hohem Grade inficirend wirken, wenn sie einem zweiten Thier injicirt werden, und dass diese Infectionsfähigkeit eine Steigerung erfährt, je öfter sie wieder überimpft wird. Eine anfangs unbedeutende und nur vorübergehenden Effect bedingende Infectionsflüssigkeit erlangt am Ende der Reihe, von Thier zu Thier übertragen, giftige Eigenschaften von höchster Intensität.

Weitere Experimente haben nun diese Steigerung der Virulenz näher präcisirt. Dieselbe tritt nicht, wie es anfangs schien, successiv und in einem bestimmten Verhältniss auf, sondern unregelmässig per saltum. Die Intensität der Entzündung hängt ausser von der Virulanz der übertragenen Flüssigkeit von individuellen Eigenschaften des Versuchsthieres ab. Die Empfänglichkeit der Thiere ist fast in allen Fällen die gleiche, nicht aber ihre Widerstandskraft gegen das giftige Agens, ihre Ausdauer. Die Entzündungsproducte entwickeln die höchste Virulenz in dem Thiere, welches am längsten im Stande ist, die in ihm hervorgerufene Entzündung zu ertragen. Während die Widerstandsfähigkeit der Meerschweinchen eine geringe ist, erträgt der Hund die Infection weit leichter. Injicirt man dem Hunde eine mässig intensive Flüssigkeit, so entwickeln sich bald heftige Krämpfe, rasche Temperatursteigung, Erbrechen, Tenesmus und Entleerung von schleimigen oder blutig gefärbten Stühlen. Zweitens gibt es Fälle, wo eine geringe Steigerung der Körpertemperatur das einzige Symptom bleibt, und drittens solche, wo nach einiger Zeit (2 Stunden) die Krämpfe auftreten und dann die kaum merklich gesteigerte Temperatur rasch unter die Norm sinkt, bei tödtlichem Collaps des Thieres. Die Pyrexie leitet Verf. erst als eine secundäre Folge von dem phlogogenen Effect des Virums her.

Hochgradig infective Entzündungsflüssigkeiten des Meerschweinchens besitzen hohes, specifisches Gewicht, coaguliren nicht, sind viscos, enthalten in Colonien oder in der Substanz der Eiterkörper eingeschlossene Kugelbacterien und Dumb-bells. Beim Hund ist die fast ebenso beschaffene Flüssigkeit durch gelösten Blutfarbstoff gefärbt.

Aus dem constanten Auftreten der Mikro-Organismem schliesst Verf., dass sie in einem, wenn auch nicht aufgeklärten, so doch wichtigen Verhältnisse zu dem krankhaften Processe stehen. Lassar.

Digitized by Google

624. Ueber die Tapete der Säugethieraugen und analoge Bildungen in der Aderhaut des Menschen. Von Dr. H. Sattler. (Med. Jahrbuch, 1876. IV. S. 361.)

Das Tapetum der Wiederkäuer ist durch den lebhaft schillernden Glanz seiner Farbe ausgezeichnet, und erscheint vorzugsweise in der lateralen Bulbushälfte ausgebreitet, aus unmessbar feinen, wolligen, durchsichtigen Fasern bestehend, welche parallel miteinander die Hauptrichtung der mesodromalen Gefässe durchkreuzen. Zwischen den Fasern liegen längliche, regelmässig ovale Kerne, welche feinen durchsichtigen Zellplättchen angehören. An der äussern Seite wird das Tapetum begrenzt von einem zarten elastischen Netzwerk, welches Pigmentzellen und eine continuirliche kernhaltige Endothelschicht enthält. In die äussersten Lagen eingetragen finden sich die vielfach gewundenen Verzweigungen der kleinen Arterien und Venen. Hier verlaufen die Fasern nicht mehr parallel, sondern durchkreuzen sich, zu platten Bündeln vereint, unter verschiedenen Winkeln.

Uebereinstimmend mit diesem Bild stellt sich das Auge der Einhufer dar, dagegen weicht das Tapetum der Vielhufer (Elephanten) in mehreren Punkten ab. Hier sind die Fibrillen nicht parallel, sondern in platten Bündeln gelagert, welche sich zu einem dichten Mattenwerk verflechten. Das Tapet ist selbst gefässlos und wird von den zur Capillarschicht Chorioidea aufsteigenden, resp. von ihr zurückkommenden kleinsten Arterien und Venen durchsetzt. Die äussere Begrenzung des Elephanten-Tapetums ist weniger scharf als bei den Wiederkäuern und wird von zahlreichen Bindegewebszügen durchbrochen. Diese Bindegewebszüge sind zwischen pigmentirten, mit Endothelhäutchen bekleideten elastischen Netzen ausgebreitet, welche die gröberen Gefässstämme umhüllen.

Das Tapet des Walfischauges stimmt im Wesentlichen mit dem des Elephanten überein. Es ist gleichmässig über den ganzen Augenhintergrund verbreitet. Die Capillarmaschen sind sehr weit. Das Stroma, in welches die gröberen mesodromal verlaufenden Gefässe eingetragen sind, besteht der Hauptsache nach aus fibrillösem Bindegewebe mit Lagen elastischer Netze. Der Mächtigkeit dieses Stroma zusammen mit dem Tapetum verdankt die Walfisch-Chorioidea ihre vor allen andern Säugethieraugen ausgezeichnete Dicke von 1·5—2 Mm.

Das Tapetum der Raubthiere und Robben, aus Zellen zusammengesetzt, ist bei den erstern hauptsächlich auf die Tiefe des Augengrundes beschränkt, von wo es sich einerseits bis zum Sehnervenrande, andererseits bis gegen die ora serrata hinzieht, bei den letzteren aber über den ganzen Augengrund verbreitet. Das Tapetum, mit einer einfachen Zellenlage beginnend, hat an seinen vordersten Stellen eine Mächtigkeit von 5—6 Zellenreihen, die zusammen einen Durchmesser von 0·02 Mm. besitzen. Die Zellenkerne sind rund und klein (0·005—0·006 Mm.).

Digitized by Google

S. hat gefunden, dass auch in der Chorioidea des Menschen, der tapetlosen Säugethiere und Vögel ein unmittelbar nach aussen von der Capillarschicht ausgebreitetes continuirliches Zellhäutchen existirt, welches dem Tapetum cellulosum entspricht und eine wieder diesem Zellhäutchen nach aussen anliegende aus Fasern bestehende Schicht, welche das Tapetum fibrosum repräsentirt. Lassar.

625. Ueber die Filtration von Eiweisslösungen durch thierische Membranen. Von W. Runeberg. (Arch. d. Heilkunde, 1877. I.)

Aus den vorhandenen einschlägigen Untersuchungen ergibt sich als constanter Befund, dass Eiweisslösungen nach der Filtration einen geringeren Concentrationsgrad besitzen, als vorher, dass bei stärkerem Druck die Menge des Filtrats wächst und dass der Salzgehalt des Filtrats im Verhältniss zu den übrigen festen Bestandtheilen grösser ist, als in der ursprünglichen Eiweisslösung. Der Satz jedoch, welchen man vielfach ausgesprochen findet, dass bei erhöhtem Druck mehr Albuminate filtriren und Membranen bei Drucksteigung für Eiweiss permeabel werden, denen sonst diese Eigenschaft abgeht, ist nirgend experimentell bewiesen. Die Versuche des Verfassers beschäftigten sich mit dem Einfluss des Druckes auf Beschaffenheit und Menge des Filtrats, besonders bei Filtration verschiedener Eiweisslösungen. Dabei ergab sich keine gesetzmässige Beziehung zwischen Druck einerseits und Qualität oder Quantität des Filtrats andererseits. Im Gegentheil konnten unter gleichen Druckverhältnissen mit derselben Membran ganz verschiedene Werthe erhalten werden. Unter der Einwirkung des Druckes selbst treten Veränderungen in der Beschaffenheit der Membran auf.

Als Filtrationsmembran dienten Thier-Därme. Die angewandten Druckgrade überschritten einen Druck von 100 Ccm. Wasser nicht.

Unter Einwirkung des Druckes wird die Filtrationsmembran allmälig impermeabel, bei Entlastung oder Druckverminderung dagegen wieder durchgängig (doch stellt sich die Permeabilität viel langsamer wieder her, als sie abnimmt). Die Filtrationsgeschwindigkeit ist anfangs umgekehrt proportional der Zeitdauer, später nicht mehr. Der Albumingehalt des Filtrats wird bei höherem Drucke geringer, als bei niedrigem, und compensirt sich einigermassen mit der Filtrationsgeschwindigkeit derart, dass die durchfiltrirte absolute Eiweissmenge bei jedem Druck sich ziemlich gleichbleibt. Je mehr Filtrat also, desto spärlicher der Eiweissgehalt und umgekehrt. Zwischen Eiweisslösungen und Emulsionen herrscht eine vollständige Uebereinstimmung in Betreff der Filtrationsverhältnisse, welches Factum — zusammengehalten mit den neueren Beobachtungen von A. Schmidt (s. „Untersuchung des Eiweisses und des Blutserum durch Dialyse", Beiträge zur Anatomie und Phys. als Festgabe C. Ludwig gewidmet) — der Auffassung von dem emulsionsartigen Charakter der Eiweisslösungen eine neue Stütze verleiht. Dazu kommt, dass Eiweisslösungen,

Digitized by Google

welche bereits einmal filtrirt sind, viel leichter filtriren, was leicht zu deuten ist durch die Annahme, dass das Filtrat zumeist nur die bereits in feinerer Vertheilung vorkommenden Eiweissmolecüle enthalte.

Die einzelnen Eiweissarten verhalten sich verschieden. Am leichtesten und vollständigsten filtrirt das Eieralbumin, viel geringer ist der Albumingehalt des Filtrats von Serumalbumin und am geringsten der des Caseïn.

Als das wichtigste und bedeutsamste Resultat vorliegender Untersuchung ist hervorzuheben, dass die allmälig zu Stande kommende Undurchlässigkeit einer Membran für Eiweisslösung nicht etwa durch eine Verklebung der Poren zu Stande kommt, sondern einer factischen Veränderung der physikalischen Beschaffenheit der Membran zugeschrieben werden muss, welche rückgängig werden kann, wenn die Membran einige Zeit ausgeruht ist. Wird dieselbe vom Drucke theilweise oder ganz entlastet, so nimmt ihre Permeabilität allmälig wieder zu. Lassar.

626. Zur Lehre von der Cystinurie beim Menschen. Von Dr. A. Niemann. (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. Bd. XVIII. S. 232.)

Verf. beobachtete einen Fall von Cystinurie (Julius O. 18 J. alt) auf der Klinik des Prof. Ebstein in Göttingen und untersuchte den Harn des Patienten, aus dessen Krankengeschichte hier Folgendes erwähnt sei: Seit 4 Jahren bemerkte Pat. ein nicht unerhebliches Zittern seiner Hände, welches sich besonders beim Ausstrecken der Arme und der Tendenz, dieselben ruhig zu halten, verstärkt. Nach einem heftigen Aerger wurde er von Erbrechen und Schmerzen in der linken Nierengegend befallen. Einige Wochen darauf konnte er das Bedürfniss, Harn zu lassen, trotz Drängens, nicht befriedigen. Acht Tage später wurde ein Stein von 0·24 Grm. entleert. Die Untersuchung des Körpers zeigte nichts Abnormes. Als Ergebniss der chemischen Untersuchung fand Niemann: Ein ununterbrochenes Auftreten von Cystin im Harn; die ganze Tagesmenge desselben schwankt zwischen 0·42—0·59 Grm. Die Schwefelsäuremenge steigt und sinkt mit der Cystinmenge. Die Harnsäure tritt in auffallend verminderter Quantität auf, doch ist der Harnstoff meist in normaler Menge vorhanden. Der filtrirte Cystinharn zeigt eine nicht unbedeutende Schwefelreaction, welche zum grössten Theil auf gelöstes Cystin zu beziehen ist. Kochen des Cystinharns liefert die Bedingungen zu theilweiser Zersetzung des Cystins. Der Verf. bestätigt, dass der normale, nur mässig concentrirte Harn einen geringen Gehalt an Schwefel besitzt. Loebisch.

627. Ueber alkalischen Harn, bedingt durch Ueberschuss von fixem Alkali, mit besonderer Berücksichtigung seines Vorkommens bei Magenkrankheiten. Von Dr. C. Stein in Göttingen. (Deutsches Arch. f. klin. Medicin. XVIII. Bd. S. 207.)

C. Stein erörtert die Bedingungen, unter welchen Harn von alkalischer Reaction entleert wird, dessen Alkalescenz nicht durch die

Digitized by Google

Bildung von kohlensaurem Ammon in Folge Zersetzung des Harnstoffs, sondern durch fixes Alkali bedingt wird. Es wird die saure Reaction des Harns zunächst durch Darreichung fixer Alkalien nicht nur abgeschwächt, sondern auch ziemlich leicht in die alkalische übergeführt. Aber auch die Magenverdauung an und für sich ist von Einfluss auf die Reaction des Harnes (Rees, Maly, Quincke). Die causalen Beziehungen zwischen Magenaffectionen und der alkalischen Reaction des Urins in Folge eines Ueberschusses von fixem Alkali werden in der Weise gedeutet, dass während des Verbrauches der Säure im Magen fixe Alkalien frei werden, welche, in das Blut aufgenommen, in den Harn übergehen, wo sie die Alkalescenz desselben bedingen. In dem von C. Stein auf der Göttinger Poliklinik beobachteten Falle enthielt der Harn Phosphorsäure und Magnesium neben kaum nachweisbaren Spuren von Ammonium, also nicht Tripelphosphat, sondern Magnesium-Phosphat (längliche Tafeln mit schief aufgesetzter Endkante). Das Vorkommen dieses Sedimentes gehört zu den seltensten Befunden. Verf. überzeugte sich von der Gegenwart derselben durch die qualitative chem. Analyse und durch die Winkelmessung derselben. Verf. findet in einer Lösung von kohlensaurem Ammon in fünf Theilen Wasser ein chemisches Reagens zur Unterscheidung dieser Krystalle (welche im Pferdeharn normal vorkommen) von denen des phosphorsauren Calcium und des Tripelphosphat. Letzteres bleibt nämlich unverändert, Magnesium-Phosphat wird sofort verändert, wird trübe, während phosphorsaures Calcium nur sehr langsam angegriffen wird. Loebisch.

628. Ueber die Kittsubstanz der Endothelien. Von Prof. Arnold. (Virchow's Archiv, Bd. 66, S. 77.)

Vorliegende Arbeit ist als Fortsetzung der unermüdlichen Untersuchungen über Lymphbahn, Saftcanalsystem, Epithelien, jetzt Endothelien, im Heidelberger pathologischen Institute anzusehen. Bei Aufklärung vorliegenden Themas bediente sich A. zum Theil der Thomas'schen Methode der Infusion mit indigschwefelsaurem Natron, wobei er nur noch die Modification eintreten liess, dass er, um eine continuirliche, constante Infusion zu erzielen, (siehe die nähere Auseinandersetzung des Apparates im Original), zwischen die Ausflussröhre der Mariotte'schen Flasche und die Tropfcanüle eine kleine Flasche einschaltete, an deren Boden die Abflussröhre der ersteren und die mit der Tropfcanüle in Verbindung gesetzte Röhre ausmünden, wobei eine dritte kurze Röhre den Binnenraum der Flasche mit der äusseren Luft in Communication erhält. Zur Infusion in die Blutbahn empfiehlt A. eine 0·2 %, zu der in die Lymphsäcke (es wurde nämlich nur an Fröschen, späterhin an Kaninchen experimentirt, und zwar entweder an vorgelagerten lebenden Theilen derselben, wie z. B. am Mesenterium, oder aber das Thier wird infundirt und nach vollendeter Infusion getödtet) eine 0·4—0·5% Lösung und während der Operation wird, wie nach

Digitized by Google

Thomas' Angabe, eine Lösung von Kochsalz (1·5 %) irrigirt. Um einen Frosch entsprechend zu infundiren, reichten 5—6 Ccmtr. hin, wornach in den infundirten Theilen sich in den Gefässscheiden, und zwar besonders der Venen ein blaugefärbtes Netz kund gab, das blaugefärbte Ausläufer schickte zu den Kittleisten der Endothelien der Gefässintima, wogegen bei einer noch potenzirteren Infusion (10—12 Stunden mit 20 bis 24 Ctmtr.) auch eine Anastomose mittelst blauer Stränge mit den Kittleisten des deckenden Endothels der serösen Häute erzielt würde, so am Mesenterium, Darmcanal, Blase, Bauchwand und Lungen. Weiter zog A. noch eine zweite Versuchsweise ins Feld, wobei er nicht einen schon fertigen Farbstoff infundirte, sondern denselben sich in den Geweben selbst bilden liess, indem er zunächst eine 0·2—0·5 % Lösung von Kaliumeisencyanür infundirte und zur Irrigationsflüssigkeit eine Lösung von Eisenchlorid (0·5—0·1 %) benützte, die er auch durch eine 0·1 % Kupferoxydlösung und 1·5 % Kochsalzlösung ersetzte. Dies war der Fall, wenn er am entblössten Mesenterium operirte, sonst wurden 30—40 Ccmtr. einer 0·1 % Lösung von Kaliumeisencyanür innerhalb 36 Stunden infundirt und dann die betreffenden Theile in 0·5—1 % Eisenchloridlösung eingelegt, wobei die Infusion entweder direct ins Blutgefässsystem oder subcutan erfolgte. Der Erfolg war ein gleicher dem in der ersten Versuchsweise, d. h. es trat überall die Färbung der Endothelkittleisten hervor, so besonders auch zwischen den Endothelzellen an der hinteren Hornhautfläche, wie auch zwischen den Epithelzellen der Hornhaut, der Linsenkapsel und zwischen den Linsenfasern. In der 3. Versuchsweise wurde feinstverriebene chemische Tusche, die noch durch poröses Papier filtrirt wurde, bis zu 80 Ccmtr. infundirt, wobei als Irrigationsflüssigkeit eine 1·5 % Kochsalzlösung erforderlich wurde. Auch hier wurde bezüglich der Färbung der Endothelkittleisten sowohl der Gefässe wie auch des communicirenden Saftcanalsystemes, wie auch endlich der Lymphbahn Gleiches erzielt, wie in den ersten beiden Versuchsweisen. Indem nun A. die Resultate dieser seiner Versuche resumirt, könne er bezüglich der anatomischen und functionellen Eigenschaften der Kittleisten der Endothelien folgende Schlüsse ziehen: Der sich stets färbende, also imbibirbare und durchdringliche Raum zwischen den Endothelien (Kittleisten analoge Kittsubstanzen der Epithelien) ist mit einer flüssigen oder höchstens zähweichen Substanz gefüllt, die hiemit dem Durchtritt körniger oder gelöster Farbstoffe günstig ist, und diese zwischen den einzelnen Zellen befindlichen Räume sind expansibel je nach den Spannungs- und Diffusionsverhältnissen der endothelialen Häute, woraus geschlossen werden kann, dass die Endothelzellen im Verhältniss zu einander Raumverschiebungen unterworfen sind. Die zwischen den Endothelzellen befindlichen kleinen Oeffnungen sind nur Effecte momentaner Verbreiterungen der zwischen ihnen befindlichen Raumstreifen. Durch diese letzteren wird eine Communication vermittelt zwischen Gefässwand und umliegendem Gewebe, da die Endo-

Digitized by Google

thelgrenzen gegenseitig zusammenhängen, somit auch eine Communication zwischen Gefässinhalt und Inhalt des Saftcanalsystemes bewirken. Unschwer wird es ersichtlich, welche wichtige Rolle diesen Umständen bei dem Durchtritte rother Blutkörperchen während der Diapedesis und weissen Blutkörperchen während der Entzündung der Kittleisten der Endothelzellen zugesprochen werden müsse, indem so diese Vorgänge auf einer Lockerung der Verbindung der Endothelzellen beruhen dürften.

Prof. Eppinger.

629. Betheiligung des Sympathicus bei cerebraler Hemiplegie. Von Prof. Nothnagel. (Virchow's Archiv, Bd. 68, S. 26.)

Im Verlaufe von nach centralen einseitigen Läsionen durch Hämorrhagien oder Neurosen nach Embolien erfolgten Hemiplegien ergeben sich Erscheinungen, die auf eine Betheiligung des Nervus sympathicus schliessen lassen. Diese Ansicht bestätigte N. durch die Beobachtung eines solchen eclatanten Falles. Nämlich ein 64jähriger Mann, der an Bright'scher Nierenerkrankung gelitten hatte, bekam einen apoplektischen Insult, dessen momentanen schwereren Folgen er entging, der bald darauf im Verlaufe der zurückgebliebenen Hemiplegie Erscheinungen darbot (nämlich: Verengerung der Lidspalte und der Pupille, Zurückweichen des Bulbus, erhöhte Temperatur der gelähmten Gesichts- resp. Kopfhälfte, abnorme Secretion aus dem Auge, der Nasenhöhle und aus der Speicheldrüse der gelähmten Seite), die sämmtlich auf Veränderungen der Function des Nervus sympathicus der gelähmten Seite hindeuten, die auf eine Reizung desselben zurückzuführen wären. Daraus folgt, dass bei Hemiplegien aus centralen Hirnerkrankungen die durch den Halstheil des Sympathicus zum Kopf und Gesicht verlaufenden Nervenbahnen betroffen werden können. Dabei macht N. aufmerksam, dass es sich bei der Ptosis nur um eine Paralyse der oculopupillären Fasern des Halssympathicus handeln könne. Dadurch ist nicht nur für diesen Fall, sondern für alle anderen Fälle gleicher Gattung mit Combinationen von Sympathicuserscheinungen die Betheiligung des letzteren Nervens sichergestellt. Prof. Eppinger.

630. Veränderungen im Rückenmark eines Amputirten. Von Dr. A. Genzmer. (Virchov's Archiv, Bd. 66, S. 265.)

Entgegengesetzt den Beobachtungen Vulpian's, der eine Atrophie der gleichseitigen Rückenmarkshälften, nämlich die Hinterhörner und hinteren Stränge betreffend, bei Amputirten fand und nicht gleichlautend mit jenen Dikson's, der eine Verminderung der Zahl der Ganglienzellen der grauen Vorderhörner bei Amputirten mittheilt, veröffentlicht G. einen Fall von einem Manne, dessen Rückenmark er nach einer 30 Jahre vor dem Tode desselben erfolgten Amputation des rechten Oberschenkels untersuchte. Er sah nämlich eine Asymmetrie desselben im Beginne der Lendenanschwellung, die nach oben zu schnell zu einem Maximum anwuchs. Die Veränderung bestand darin, dass die Vorderhörner verkleinert waren und die Ganglienzellen

Digitized by Google

auffallend vermindert erschienen, wobei die vorderen Wurzeln nicht nur durchgehend dünner, sondern auch weniger zahlreich erschienen, als auf der linken Seite. Prof. Eppinger.

631. Ueber Hydromyelie und Syringomyelie. Von E. Leyden. (Virchow's Archiv, Bd. 68, S. 1.)

Insoweit man unter Hydromyelie und Syringomyelie Zustände auffasste, die mit der Erscheinung eines erweiterten Rückenmarkscanals zusammenfallen, hatte man sich früherer Zeit gewöhnt, diese identisch sein sollenden Zustände als angeborene Erkrankungen und zwar analog den Hydrocephalien anzusehen, und dies um so mehr, als Fälle solcher Art ohne klinische Erscheinungen zur Beobachtung kamen. Seitdem man aber diesen Zuständen Aufmerksamkeit schenkt, kommen Fälle vor, wo klinische Symptome auf ein Rückenmarksleiden hindeuten, und bei der Section ergaben sich Höhlenbildungen des Rückenmarkes, die mit dem Centralcanal desselben nicht zusammenhingen, sondern für sich allein gegen die Hinterstränge zu gebildet waren und dieselben auseinanderdrängten, und daraus ergab sich nach Simon und Westphal, die beiden Zustände, nämlich Hydromyelie als angeborener Zustand, Erweiterung des Centralcanales, und Syringomyelie, neugebildete, vom Centralcanal getrennte Höhle, von einander zu unterscheiden. Obwohl L. diese beiden Gattungen der Höhlenbildung im Rückenmark anerkennt, ist er dennoch in der Lage, nachweisen zu können, dass die Syringomyelie doch nur aus einer Hydromyelie hervorgehe. In einem Falle nämlich sah L. bei einem $2^1/_2$ Jahre alten Kind Hydroencephalocele knapp über der Protuberantia occipitalis externa in der Grösse einer Faust mit Betheiligung des Kleinhirns, des Pons Varoli an derselben bis zum nahezu völligen Schwund dieser Theile am verlängerten Mark einen klaffenden Spalt, dessen hohle Verlängerung in eine weitere Verbreiterung des Centralcanales des Halstheiles des Rückenmarkes übergeht. Die grösste Verbreiterung desselben fällt in die Höhe der Halsanschwellung, wobei dieselbe zugleich gegen hinten zu in die Hinterstränge hineinragt, woselbst sie ziemlich median liegt und von der hinteren Längsspalte nichts zu sehen ist. Umgeben erscheint diese Höhlung von einer breiten Zone gelatinöser Substanz (embryonales Gewebe der Marksubstanz oder Grundsubstanz des Markgewebes), um welche herum noch eine dünnste Schichte Marksubstanz zu sehen ist und die durch die hinteren Hörner stark auseinandergedrängt werden. Je weiter nach abwärts, desto mehr tritt die Höhlung in Form eines Spaltes in den hinteren Strängen auf, bis endlich diese und der Centralcanal ganz getrennt erscheinen, obwohl noch immer die gelatinöse Substanz jene umgibt und noch weiter nach abwärts die alleinige Veränderung mit centraler Erweichung an einer bestimmten Stelle in den hinteren Strängen darstellt. Sonst nimmt sie aber in ihrer Ausbreitung immer mehr und mehr ab, bis endlich in dem untersten Theil des Brust-

Digitized by Google

abschnittes sich dieselbe blos durch die Goll'schen Stränge beschränkt und an der Lendenanschwellung sich der ganz normale Zustand des Rückenmarkes wieder herstellt. Im 2. Falle (in Breslau von Prof. Waldeyer obducirt — 2jähriger Knabe) gab es eine ganz gleiche Hydroencephalocele mit fast vollkommenem Schwund des Kleinhirnes, Spaltung der Hirnhügel, Hydrocephalus internus und einem deutlich keulenförmig dilatirten Centralcanal des Halsrückenmarkes, der auch in der Rautengrube in Form einer offenen Spalte ausmündet. Bei näherer Untersuchnng fand L. die Höhlung sich bis fast an die hintere Peripherie erstrecken, zu beiden Seiten noch etwas von den hinteren Strängen, die Hinterhörner auseinandergedrängt, die Wandung der Höhle selbst zu einem fast knorplig harten Gewebe gebildet, das an seiner Innenfläche Cylinderepithel trägt. An der Halsanschwellung ist die Höhle etwas enger, durch entwickeltere Hinterstränge comprimirt, dem Halstheil entsprechend zeigt sich der Canal in der Mittellinie der Hinterstränge noch mehr comprimirt, von der hinteren Peripherie durch eine hineinwachsende Bindegewebs- und Gefässmasse entfernt, im oberen Halstheil bleibt nur noch eine, bis auf den Centralcanal eindringende Spalte übrig, die bis in den 4. Ventrikel übergeht. Wie wohl sehr leicht eingesehen wird, dass in beiden Fällen es sich um eine angeborene Hydromyelie handelt, kann L. aus den Befunden beider Fälle nachweisen, dass es sich auch um einen der Syringomyelie ganz ähnlichen Zustand handle. Dafür sprechen: 1. Die Ausdehnung der Höhlenbildung über einen Theil der Länge des Rückenmarkes mit Abschluss an dem 4. Ventrikel; 2. ihre Ausbreitung in dem Bereiche der Hinterstränge, wobei L. zugleich berücksichtiget, dass im fötalen Zustande der Centralcanal bis an die hintere Peripherie reicht und von den anderen Partien überragt wird, die sich in beiden Fällen unbetheiligt vorfanden; 3. spricht für das Wesen der Syringomyelie die Anbildung einer neugebildeten Substanz ringsum, die Höhlenbildung, die auch wie im Falle 1 erweichen und selbstständig eine Höhlung aus sich entwickeln kann, und es kann somit ganz gut bei einer Syringomyelie nachträglich die Höhlung gar nicht in Verbindung sein mit dem Centralcanal; dann ist es auch denkbar, das der fötale Centralcanal sich zwar abschnürt, oder dass auch die Fortsetzung desselben nach hinten nicht obliterirt; 4. muss die neugebildete Umfassung der Höhle als einer Syringomyelie zugehörig und 5. ihre Entstehung aus einer Hydromyelie aus der Anwesenheit des Cylinderepithels an der Innenfläche betrachtet werden, und 6. erscheint die Veränderung der Goll'schen Stränge massgebend für die Identität der Hydro- und Syringomyelie.

Der von Waldeyer beigefügte Anhang über die Entwickelung des Centralcanals begünstigt die Lehre Leyden's, dass die Syringomyelie eigentlich nur eine weitere Umbildung der Hydromyelie, also beide Zustände zugehörig seien, vollständig, da klar gelegt wird, dass der definitive Centralcanal sich nicht bilde nach Obliteration des zwischen die

Digitized by Google

Hinterstränge gelagerten Abschnittes des primitiven Centralcanales, wornach erst die Hinterstränge und zum Schluss die Goll'schen Stränge zu ihrer gewöhnlichen Ausbildung gelangen. Prof. Eppinger.

632. Myothermische Untersuchungen von Dr. J. Navalichin. (Pflüg. Arch. Bd. XIV. S. 293—329.) Aus dem physiologischen Institut zu Breslau.

Die durch steigende Reize im Muskel ausgelöste Wärmeproduction wächst nur so lange, bis auch die Hubhöhe ihr Maximum erreicht. Während bei übermaximalen Reizen die Hubhöhe constant bleibt, nimmt die Wärmeproduction unter dem Einfluss derselben häufig ab. Die Ermüdung macht sich also früher in der Wärmebildung geltend, als in der mechanischen Leistungsfähigkeit. Im Allgemeinen aber wachsen und sinken die beiden Functionsäusserungen des Muskels mit einander, nur mit dem Unterschied, dass die Wärmeproduction weit rascher ansteigt, als die Hubhöhe. Für die Einheit der Hubhöhe wird um so mehr Wärme producirt, je grösser der absolute Werth der Zusammenziehung ist.

Bei einer einzelnen Contraction des Muskels, mittelst welcher er ein Gewicht um eine gewisse Höhe emporhebt, wird mehr Wärme frei, als wenn dieselbe Arbeit durch mehrere aufeinander folgende kleine Contractionen geleistet wird; und dem entsprechend repräsentirt eine Anzahl kleinerer Contractionen, wenn sie dieselbe Wärmemenge produciren wie eine einzelne grössere Contraction, eine grössere Hubhöhe, als diese. Da die Wärmeentwickelung als ein Mass der Kraftentfaltung und des entsprechenden Stoffumsatzes angesehen werden muss, so ergibt sich, dass das Verhältniss von Stoffumsatz zur Arbeitsleistung (Hubhöhe) um so ungünstiger gestaltet wird, je stärker die Reizung des Muskels ist. Daraus ergibt sich die Erklärung der täglichen Erfahrung, dass die Ersteigung eines Berges auf bequemem Zickzackwege weit weniger ermüdet und erhitzt, als auf steilem Pfade, denn im letzteren Fall wird weit mehr Wärme producirt und deshalb ein beträchtlicherer Stoffwechsel nöthig, als zur Leistung derselben Arbeit in dem ersteren Bewegungsmodus erforderlich ist.

Der Muskel entwickelt um so weniger Wärme bei der Thätigkeit, je geringer seine Spannung vor dem Beginn derselben war, und umgekehrt, je stärker die Spannung des Muskels während der Thätigkeit ist, um so lebhafter wird die Wärmeentwicklung. Lassar.

633. Ueber die Kraft der Flimmerbewegung. Von Prof. Bowditch. (Boston med. and swig. journal. Aug. 1876.)

Die Fortschaffung eines kleinen Vehikels, das verschieden belastet werden konnte, wurde auf der in einer schiefen Ebene aufgespannten Schleimhaut des Froschrachens beobachtet. Die Arbeitsleistung der Flimmerbewegung konnte mit Hilfe einer sinnreichen Versuchseinrichtung kilogrammetrisch genau bestimmt werden. Bei schwerster Belastung wurde

Digitized by Google

in der Zeiteinheit auch die verhältnissmässig grösste Arbeit geleistet. Bei 20·534 Gramm wurde von jedem Quadratcentimeter der mit Flimmerepithel bedeckten Membran in der Minute eine Arbeit von 6·805 Grammmillimetern vollbracht. Berechnet man das Gewicht der auf einem Quadratcentimeter schätzungsweise befindlichen Flimmerzellen mit 0·0016 Grm., so wäre die Kraftentwicklung dieser Protoplasmamasse einer Arbeitsleistung äquivalent, welche 6·805 Grm. um einen Millimeter oder 0·0016 (das eigene Gewicht jener Flimmerzellen) in der Zeit einer Minute um 4·253 Meter hebt. Gegen die Leistungsfähigkeit der quergestreiften Muskeln bleibt diese Arbeit weit zurück. Nach Schiff's Berechnung entwickelt das Herz bekanntlich bei der Contraction in einer Minute eine Arbeit, welche im Stande wäre, das Gewicht des Herzens um 150 Meter zu heben.

Lassar.

634. Zur Lehre von dem embolischen Infarcte. Von Dr. A. Kossochin. (Virch. Arch. Bd. 67. IV. S. 449—491.)

Um Arterien der Froschzunge zum Verschluss zu bringen, wandte Verf. theils die Cohnheim'sche Methode der Embolisirung mit Wachskügelchen an, theils Unterbindungen der Hauptstämme (bez. Anastomosen) mit feinem Menschenhaar.

Die Verstopfung nicht terminaler Arterien hatte nur zeitliche, vorübergehende Störung der Circulation zur Folge ohne weitere Veränderungen, Dank der Compensation durch die collateralen Blutbahnen. Uebergangsarterien — d. h. solche, deren Anastomosen nicht ausreichen, um das Gebiet des verstopften Gefässes mit Blut zu versorgen — erleiden Verzögerung des Blutstromes, mit consecutiver Stauung, jedoch ohne Auftreten von Necrosen. In den nächsten von der Verschlussstelle abgehenden kleinen Aesten wurde eine collaterale Fluxion beobachtet unter Pulsation der erweiterten Capillaren und Austritt rother Blutkörperchen per diapedesin. Um so lebhafter waren diese Erscheinungen, je spärlicher die Anastomosen sich fanden und je mehr sich die obturirte Arterie dem Charakter einer Endarterie näherte.

Bei wirklichen Endarterien tritt 4—6 Stunden nach der Verstopfung die Diapedesis der rothen Blutkörper auf, vorzugsweise aus pulsirenden Capillaren. Die Vorgänge der Necrose entwickeln sich im embolisirten Bezirk den 3.—4. Tag, nachdem Tags zuvor die pulsirende Blutbewegung und die Diapedesis aufgehört haben.

K. schliesst sich der Ansicht Cohnheim's, nach welcher die collaterale Fluxion ohne Bedeutung, die Anschoppung und Infarcirung demnach lediglich von dem rückläufigen Venenstrom abhängig ist, nicht an, sondern lässt — auf Venenunterbrechungen gestützt, trotz denen die embolischen Infarcte zu Stande kommen — das Blut von allen Seiten in das embolisirte Gebiet einströmen.

Lassar.

Digitized by Google

Kleine Mittheilungen.

635. Gallensteinconcremente in der Harnblase. Von L. Güterbock. (Virchow's Arch. LXVI. S. 273. Centralbl. Ref. von Salkowski.)

Die nach Zertrümmerung extrahirten Steinconcremente stammten von einem 56jährigen Weibe, bei dem andere Störungen, als sie durch die Gegenwart der Concremente entstehen mussten, nicht beobachtet sind. Sie bestanden zum grössten Theil aus Cholesterin neben kleinen Mengen Harnstoff, Kalkphosphat und Gallenfarbstoff. Der Harn enthielt, der Anamnese nach, nur Gallenfarbstoff; die chemische Untersuchung zeigte ihn frei von Cholesterin und Gallenbestandtheilen. Die entleerten Concremente betrugen im Ganzen ca. 13 Gramm. Nach ihrer Zusammensetzung sind sie unzweifelhaft als Gallensteine zu bezeichnen. Ihre Grösse spricht gegen die willkürliche Einführung durch die Harnröhre. Verf. citirt 2 Fälle von Gallensteinen in der Harnblase aus der Literatur. Der eine ist durch die Section aufgeklärt. Es fand sich nämlich eine zur Zeit der Section obliterirte Communication der Gallenblase mit der Harnblase durch den Urachus, doch hatte sich in diesem Fall die Communication durch zeitweise Entleerung von gallig gefärbtem Harn zu erkennen gegeben.

636. Zur Frage über die antiseptische Wirkung der üblichen Eserin- und Atropinlösungen. Von Schmidt-Rimpler. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenheilk. XV. pag. 127.)

Schmidt hat durch Versuche an Kaninchen constatirt, dass das Secret eines blennorrhoisch erkrankten Thränensacks seine Eigenschaft, eine specifische Keratitis hervorzurufen, verliert, wenn es vor der Ueberimpfung 20—30 Minuten lang in Chlorwasser, Carbol- und Salicylsäure gelegen war. Versuche über den Einfluss $^1/_2$% Atropin- und Eserinlösungen auf blenorrhoisches Secret zeigten, dass der 20—50 Minuten lange Aufenthalt des Secretes in diesen Lösungen die Intensität der Impfkeratitis herabsetzte, ihr aber den septischen Charakter nicht nimmt.

Prof. Schnabel.

637. Ueber Sondirung der Thränenwege ohne Schlitzung eines Thränenröhrchens. Von S. Becker. (Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1877, Juniheft.)

B. lässt das freie Ende einer Sonde Bowman Nr. 6 auf eine Länge von 8 Mm. konisch zuschleifen, dringt damit in den obern Thränenpunkt und durch das Thränenröhrchen in den Thränensack ein, bis er den Widerstand der knöchernen Wand fühlt. Er lässt dann die Sonde einige Augenblicke stecken, zieht sie langsam aus und dringt nun sogleich mit der Sonde Bowman Nr. 5 in das auf die Dicke von Bowman Nr. 6 erweiterte Lumen des Thränenröhrchens ein. Nur bei Kindern musste B. einige Male zu einer dünneren Sonde, Bowman 3 oder 4, übergehen. Einmal in den Thränensack gelangt, bietet das Vordringen keine anderen Schwierigkeiten, als nach vorhergegangener Schlitzung des Thränenröhrchens. B. meint, dass das nach Heilung von Thränencanalstricturen zurückbleibende Thränenträufeln seltener auftrete, wenn das Thränenröhrchen nicht geschlitzt worden.

Prof. Schnabel.

638. Bidwell's Versuche mit antiseptischen Mitteln (es wurden mit diesen versetzte, Fleisch haltende Flaschen über ein Jahr offen stehen gelassen) führten

Digitized by Google

zu dem Ergebnisse, dass Benzoësäure weitaus am wirksamsten (im Vergleiche zu Carbol-, Salicylsäure, Chloralhydrat) sei, dass aber eine Combination von Salicyl- und Salzsäure am allerwirksamsten war.

639. Zur Behandlung der Gefässmäler. Von Dr. S. Sherwell. (Archives of Dermatology, Aprilheft 1877.)

Sh. behandelt die Gefässmäler mittelst Acupunctur und gleichzeitiger Aetzung. Ein zu einem Fascikel vereinigtes Bündel von Nähnadeln wird von Stelle zu Stelle in die vom Naevus besetzte Stelle eingestochen, vor jedem Einstechen in eine 50percentige Carbolsäurelösung oder in eine 25—40percentige Chromsäurelösung getaucht. Auf die blutig gestochene und geätzte Stelle wird Collodium gepinselt. Nach Abfallen des letzteren wird das Verfahren wiederholt, respective auf noch nicht behandelte Stellen angewendet. K.....

640. Eine bebartete Weibsperson. Von Louis A. Duhring (Archives of Dermatology, 1877, Aprilheft) mit Portrait.

Viola M., 23 Jahre alt, ein zartes, im Uebrigen wohlentwickeltes Weib, zeigt einen männlichen Voll- und Schnurbart. Am übrigen Körper (Pubes, Axillae etc.) die Haare normal entwickelt. Im 14. Jahre menstruirt, im 18. Jahre verheiratet, zwei Kinder geboren und gesäugt, die zu 2 und 4 Jahren an Scarlatina verstorben sind.

Viola M. hat schon zu 3 Jahren einen Flaumbart gezeigt, zur Zeit der Pupertät war der Bart rasch zur gegenwärtigen Mächtigkeit gewachsen und dunkler gefärbt geworden.

In ihrer ganzen Familie ist, so weit sie nach allen Linien verfolgt werden kann, kein ähnlicher Fall vorgekommen. K.....

641. Behandlung des Krebses mit Essigsäure und essigsauren Salzen. Von Aug. Curie. (Gaz. méd. de Paris. Nr. 13, 1877.)

Curie sah unter Behandlung mit Essigsäure und deren Salzen bei Krebsen der Brustdrüse, des Uterus und Magens Aufhören des Schmerzes, des Wachsens der Geschwulst, selbst Rückgang derselben; über die Dauer der Besserung hat er noch keine Erfahrungen. Aeusserlich wandte er verdünnte Essigsäure an, innerlich essigsauren Kalk oder Natron in einer Tagesdosis von 2 Gramm, die leicht vertragen und in wässeriger Lösung oder mit Syrup auch leicht genommen wird. (Acad. des scienc. 5 Mars 1877.) Popp.

642. Examination of the posterior nares. Von Alexander Hodgkinson (Manchester). (British Medical Journal 1877, Nr. 860, 23. Juni.)

Hodgkinson hat zur Erleichterung der Rhinoskopie einen neuen Uvulaschnürer angegeben. Derselbe unterscheidet sich von dem bisher bekannten von Türck herrührenden nur durch das Einführungsinstrument, das bei ihm ziemlich complicirt ist. Die Nachtheile, die Hodgkinson ganz mit Stillschweigen übergeht, sind selbstverständlich dieselben, wie bei dem einfachen Türck'schen Instrumente.

Heymann.

643. Beitrag zur Therapie der Diphtheritis. Von Dr. F. M. Fehr. (Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med. 1877, Nr. 25.)

F. empfiehlt, als von ihm erprobt, das kohlensaure Natron als Gurgelwasser (1 Messerspitze voll auf ein Trinkglas Wasser) innerlich (1—150, stündlich

Digitized by Google

1 Esslöffel) und in Pulverform zum Betupfen der afficirten Rachenpartien mittelst eines zarten Pinsels. (Centralblatt 1877, Nr. 37.) Hüttenbrenner.

644. Beobachtungen über Scarlatina recidiva. Von Dr. Unterholzner. (Jahrb. f. Kinderheilk. XI. Bd. 7. Hft.)

Im Leopoldstädter Kinderspitale (Wien) kam folgender Fall von Scharlachrecidive zur Beobachtung:

Ein 7 Jahre alter Knabe erkrankte am 7. November an Scharlach, am 9. November beginnt, bei gleichzeitigem Fiebernachlass, das Exanthem zu schwinden, am 9. November ist es ganz geschwunden, der Knabe ist fieberfrei, zwischen 16. und 23. November reichliche Desquamation.

Am 23. November (18. Krankheitstage) neuerliches Fieber, Angina und Beginn des 2. Scharlachexanthemes, das am 26. über den ganzen Körper ausgebreitet ist (Scarlatina variegata, bis zum 29. ist es allmälig wieder geschwunden); es beginnt nun die 2. Desquamation, es stellt sich allgemeiner Hydrops ein, ohne Albuminurie, Tod unter anämischen Erscheinungen am 7. December. Bei der Obduction findet man acuten M. Brightii und in dem in der Blase enthaltenen Harn sehr viel Eiweiss. Eisenschitz.

645. Zur Kenntniss der Masern und des Scharlachs. Von Dr. S. Unterberger. (Jahrb. f. Kinderheilk. XI. Bd. 4. Hft.)

Wir entnehmen dieser Arbeit über Beobachtungen am Nicolai-Kinderhospitale in St. Petersburg die Erfahrungen, welche man daselbst mit Antihydropin (Dr. Bogomolou) gemacht hat.

Es wurden im Ganzen 6 Fälle von Nephritis damit behandelt und zwar geradezu mit der pulverisirten Blatta orientalis 0·18—0·33mal täglich.

In allen Fällen trat nach wenigen Tagen ein Schwanken der ödematösen Erscheinungen ein und eine entsprechende Abnahme des Körpergewichtes (200 bis 1500 Gramm), die Harnmenge nimmt wesentlich zu und der Gehalt an Eiweiss ab.

Das Medicament wirkte weder auf die Nieren, noch auf den Darm reizend und ist geruch- und geschmacklos. Eisenschitz.

646. Rohde in Braunsberg (Allgem. medic. Cent.-Zeitschr.) glaubt in mehreren Fällen ein sogenanntes „Conceptionsfieber" (mit Temp. bis zu 40·6, meist nur 39) beobachtet zu haben. Er wünscht das Augenmerk der Aerzte auf diese „durch Fieber eingeleitete Katamenien" zu richten und nimmt an, dass jede Conception sehr bald Fiebererregungen hervorrufe. Eine Frau, die oft concipirt hatte, gab an, stets den Zeitpunkt der Empfängniss aus eine Stunde später auftretendem Kopfschmerze und Ekelgefühl, worauf nach 2 Tagen Mattigkeit folgte, erkannt zu haben.

647. Eisenschwamm als Filter. Ein Bericht einer englischen Commission gegen Verunreinigung der Flüsse erwähnt, dass künstliche Filtration am wirksamsten mit schwammig-metallischem Eisen ausgeführt wurde. Die Analyse wies nach, dass bei fortwährendem Filtern durch dieses Material der Filter nach acht Monaten noch eben so wirksam war wie am Anfange. Themsewasser erhielt unter Einwirkung dieses Filters die chemische Zusammensetzung tiefen Quellwassers. (Gesundheit.)

Digitized by Google

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

648. K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung am 19. October 1877.

Prof. Stoerk stellte einen Kranken vor, der mit vollständiger Larynx-Occlusion behaftet ist. Bei dem Patienten wurde vor 3 Jahren wegen der in Folge von Lues eingetretenen Kehlkopfstenose vom Prof. Kosinski in Warschau die Tracheotomie ausgeführt. Im Jahre 1875 wurde er von Stoerk behandelt, und zwar wegen der Ulcerationen im Kehlkopf daselbst mit Argentum nitricum cauterisirt. Nachdem in Folge dieser Behandlung die Stimme bedeutend verbessert wurde, zog sich der Kranke von der weiteren Behandlung zurück, indem er nach seiner Heimat zurückzukehren genöthigt war. Im Frühlinge d. J 1877 hat die Stenose der Art zugenommen, dass er schon im April d. J. keinen, nicht einmal einen ganz aphonischen Laut hervorzubringen im Stande war; mithin ist bei ihm, wie es auch die laryngoskopische Untersuchung bestätigt, eine vollständige Occlusion des Larynx eingetreten, als deren Ursache die in Folge von syphilitischen Geschwüren entstandene, im Frühling d. J. zum zweiten Male zurückkehrende bereits schon abgelaufene Perichondritis anzusehen ist. Da nun eine gewaltsame Dilatation zu eingreifend schien, zog Stoerk eine allmälige Dilatation mittelst Hartkautschukröhren vor, die er dem Patienten seit einigen Wochen in den Larynx einführt. Da aber, um auf diesem Wege die Permeabilität des Larynx zu erzielen, eine gewisse Zeitdauer in Anspruch genommen werden muss, da ferner der Patient wiederum genöthigt ist, Wien zu verlassen und erst im Frühjahr 1878 zurückzukehren verspricht, so wollte ihm Prof. Stoerk in Ermanglung einer eigenen eine künstliche Stimme bieten, mittelst eines Sprachapparates, ähnlich dem, den er bei einer seit 14 Jahren an Larynxocclusion leidenden Patientin gebraucht hatte. Genannte Patientin stellte er am 10. April 1874 in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vor, wobei er alle seine Versuche und Bemühungen, den Gebrauch der künstlichen Stimme möglichst einfach und bequem zu machen, besprach. Nun macht der Vortragende kurze Erwähnung aller Modificationen, die er in die ursprüngliche Methode eingeführt und in der genannten Sitzung der k. k. Gesellschaft ausführlich auseinandersetzte; wie er nämlich das ursprüngliche Verfahren, die Luft dem Kranken mittelst eines Kautschukballons in den Mund zu leiten, dadurch verbessert, dass er das Sprachrohr mit der Trachealcanüle in Verbindung brachte, wodurch der Kranke im Stande war, den Luftstrom in natürlicher Weise mittelst seiner Lungen zu erzeugen; wie er den Uebelständen, die ebenso die weichen, wie auch die harten Kautsckukröhren hatten, dadurch abhalf, dass er in das Sprachrohr von weichem Kautschuk-Ringe aus hartem (gewissermassen Nachahmung der Trachea) einschalten liess; wie er das Unangenehme, die Canüle während des Sprechens immer mit dem Finger zustopfen zu müssen, wodurch der Kranke bald dispnoisch wurde, dadurch umging, dass er in die Canüle eine bewegliche Kugel einführte, welche durch das Senken oder Heben des Kopfes nach vorne oder nach rückwärts gelenkt, den zureichlichen Luftaustritt hinderte, oder demselben freien Ausweg bot; wie er endlich auch den bei der letzten Method noch zurükgebliebenen Uebelständen, insbesondere den fortwährend nothwendigen, mühsamen Kopfbewegungen dadurch Rechnung getragen, dass er das T-förmig Rohr in Anwendung zog. Bei dem Patienten, den er jetzt demonstrirt, hat e. den Sprachapparat in seiner letzten Modification gebraucht. An die Canüle wird ein T-förmiges Rohr in der Weise angebracht, dass die eine Oeffnung in die Canüle mündet, während die zwei anderen, die eine nach oben, die andere nach unten gerichtet sind. An beide in der verticalen Linie sich befindende T-Arme wird

Digitized by Google

je ein Kautschukschlauch befestigt. Der untere enthält keinerlei Vorrichtung und dient nur zur ruhigen Respiration, während in dem oberen eine Zungenpfeife angebracht ist, die zur Erzeugung der Stimme dient. Am Ende des oberen Schlauches befindet sich ein Mundkolben aus Metall, der hohl und an seinem abgeplatteten Ende mit mehreren Oeffnungen versehen ist. Die grosse Zahl der Oeffnungen dient zur Verhinderung eines vollständigen Verstopfens mit dem Speichel oder mit der Zunge und davon entstehenden Stockens der Sprache, was bei einer einzigen auch ziemlich grossen Oeffnung leicht der Fall wäre. Wenn nun der Kranke inspirirt, so zieht er seine Luft durch den unteren Schlauch ein; athmet er aus, was bekanntlich nur passiv mittelst der Elasticität der Lungenbläschen nach dem Nachlasse der Spannung der Inspirationsmuskel geschieht, so strömt die Luft aus der Canüle durch den unteren Schlauch heraus, ohne in der Zungenpfeife des oberen Schlauches wegen zu schwachen Luftstromes den Ton hervorzubingen. Bei einem forcirten, activen Exspirium, wie es zur Stimmbildung nöthig ist, wird der Luftstrom so stark, dass er trotz des freien Ausganges, den ihm der untere Schlauch bietet, doch in der Zungenpfeife gehörig starken Ton erzeugt. Die sich in diesem Falle zeigenden Schwierigkeiten sind dieselben, die auch im vorigen stattfanden, und beruhen auf dem nicht genauen Treffen des gehörigen Moments, wo das active Exspirium beginnen soll. Folglich spricht der Kranke alle die mit Consonanten beginnenden Worte schwieriger, als die mit den Vocalen anfangenden aus; während nämlich bei den ersteren man im Anfange manchmal ein unverständliches Zischen hört, gelingt die Aussprache der letzteren vollkommen. Sonst ist auch diese Schwierigkeit durch fleissige Uebung zu beheben. Am Ende producirt sich der Patient mit seiner künstlichen Stimme vor der Gesellschaft, indem er einige Zahlennamen in französischer, dann in polnischer Sprache, nachher andere polnische Worte von dem ihm gegebenen Zettel verständlich liest.

Dr. Hans Chiari: „Ueber einen Fall von Verkalkung der Lungen." Derselbe betrifft eine 27jährige Frauensperson, welche an einer Makendilatation in Folge von Pylorusstrictur litt und am 9. October d. J. im Rudolfspitale obducirt wurde. Es fanden sich bei der Obduction neben der durch die Narbe eines Ulcus rotundum hervorgerufenen Strictur und den Erscheinungen des hochgradigsten Marasmus eigenthümliche Veränderungen an den Lungen, welche besonders an der rechten ausgeprägt waren. Schon bei der äusseren Betrachtung bemerkte man, dass die Oberfläche derselben nicht ganz gleichmässig sei, indem einzelne Partien nicht einsanken, sondern voluminös blieben, sich dabei durch eine weisslichgraue Färbung und eine grössere Consistenz auszeichneten. Beim genaueren Zufühlen bemerkte man, dass das Parenchym sich starr, aber dabei wie zähe anfühlte, und dass die Fingereindrücke an demselben ausgeprägt blieben. Beim Einschneiden der betreffenden Partien konnte man dieselbe zähe Beschaffenheit des Parenchyms nachweisen, und es quoll schaumiges Serum beim Druck aus demselben hervor, so dass es keinem Zweifel mehr unterlag, dass man es hier mit einer Verdichtung der Septa der Lunge zu thun habe. Bei der mikroskopischen und mikrochemischen Untersuchung zeigte sich dies noch deutlicher, indem sie nachwies, dass die Septa zwischen den Alveolen und Infundibeln nicht durchsichtig war, sondern in derselben Kalkstreifen sich befanden, welche an vielen Stellen durch den Schnitt fracturirt erschienen und wie Zacken und Spiesse in das Innere der lufthaltigen Alveolen hineinragten. Die Capillaren der Alveolen und das Epithel des letzteren weren intact. Die quantitative Untersuchung der Lunge, welche im Laboratorium von Prof. Ludwig von Stud. med. v. Bamberger angestellt wurde, ergab in 100 Theilen der Lungensubstanz 67% Wasser, 17% organische Substanz und über 14% anorganische. Letztere bestand zum grössten Theile aus phosphorsaurem Kalk und etwas phosphorsaurer Magnesia. Die andere Lunge zeigte gleiche Veränderungen wie die rechte, nur im geringerem

Digitized by Google

Grade. Von den anderen Organen, von denen besonders die Knochen einer eingehenden Untersuchung unterzogen wurden, zeigten nur die Nieren deutliche Zeichen der Verkalkung, und es waren hier die Kalkstreifen zwischen den Harncanälchen eingelagert. In Bezug auf die Aetiologie dieses Falles lässt sich nichts Bestimmtes aussagen. Mit Sicherheit konnte nur die Anwesenheit eines chronisch-entzündlichen Processes in der Lunge als Ursache dieser Erkrankung und die Auffassung des Processes als Kalkmetastase im Sinne Virchow's ausgeschlossen werden.

Prof. v. Bamberger ist der Ansicht, dass dieser phosphorsaure Kalk in einer Weise, die er allerdings nicht näher präcisiren könne, von aussen in die Lungen eingedrungen sei. Gerade der Umstand, dass nur die Lungen und die Nieren von der Verkalkung befallen seien, machen es sehr wahrscheinlich, dass die Incorporation durch die Lungen stattgefunden habe. Der Einwand, dass nicht die ganze Lunge gleichmässig Sitz der Affection sei, sei wohl berechtigt, aber doch nicht genügend stichhältig, um die Möglichkeit der Incorporation dieser fremden Massen durch die Lungen auszuschliessen, indem auch bei der sogenannten Siderosis pulmonum diese ungleichmässige Ablagerung der Eisenpartikelchen in der Lunge sich constatiren lasse.

649. Allgemeiner ärztlicher Verein in Cöln. Sitzung vom 23. October 1876.

Herr Riegel stellt eine 60jährige Kranke vor mit folgendem Befund: Anamnestisch ist bemerkenswerth, dass die Kranke leugnet, jemals an Gelenkrheumatismus gelitten zu haben. Seit ungefähr 10 Jahren bemerkte sie zeitweise Anschwellung der Füsse; ihre Hauptklagen gelten jetzt dem Herzklopfen und der allgemeinen Schwäche. Die physikalische Untersuchung ergibt im Wesentlichen Folgendes: Schwache Musculatur, etwas welke Haut. Mässig grosse, aus drei Lappen zusammengesetzte Struma. Die Jugularvenen ziemlich stark dilatirt, schwellen deutlich bei der Inspiration an, um mit der Exspiration wieder abzuschwellen. Sehr weit verbreitete sicht- und fühlbare Herzthätigkeit, aber keine Vorwölbung der Präcordialgegend. Lungen ohne besondere Veränderung. Herzspitzenstoss im 6. Intercostalraum in der vorderen Axillarlinie. Am oberen Abschnitte des Thorax schimmern durch die Haut zahlreiche, stark geschlängelte und erweiterte Venen hindurch. Obere Grenze der absoluten Herzdämpfung: 2. linker Intercostalraum. Die Herzdämpfung geht von da beiderseits in einer schräg nach aussen verlaufenden Linie nach abwärts, und erreicht als äusserste rechte Grenze fast die rechte Papillarlinie, als linke die linke vordere Axillarlinie. Die Auscultation ergibt an der Herzspitze ein lautes präsystolisches und systolisches Geräusch; an der Tricuspidalis, Aorta und Pulmonalis laute reine Töne, der zweite Pulmonalton sehr verstärkt. Der Puls klein, mässig gespannt, scheinbar unregelmässig. Bei genauerer Untersuchung ergibt sich indess, dass diese scheinbare Unregelmässigkeit dennoch eine Regelmässigkeit in sich schliesst, so zwar, dass mit der Inspiration der Puls jedes Mal beträchtlich kleiner, mit der Exspiration wieder grösser wird. Starke Cyanose der Hände und Füsse. Der untere Leberrand überragt nur wenig den Rippenbogen. Mässiges Oedem der Unterschenkel. Kein Albumen im Harn. Nach dem erwähnten objectiven Befunde kann kein Zweifel sein, dass es sich hier um eine Insufficienz und Stenose der Bicuspidalklappe handelt. Indess erklärt diese Annahme keineswegs alle Erscheinungen. Schon die äusserst beträchtliche Grösse und insbesondere die Form der sich über den grössten Theil der vorderen Thoraxfläche erstreckenden absoluten Dämpfung lassen sich mit einer einfachen, selbst noch so hochgradigen Insufficienz und Stenose der Bicuspidalklappe nicht vereinigen. Die Annahme, dass ein Mediastinaltumor bestände, hat um deswillen kaum einige Wahrscheinlichkeit für sich, weil die Form der

Digitized by Google

Dämpfung zu regelmässig, weil Druckerscheinungen auf einzelne Nervenstämme, insbesondere auf den N. recurrens, auf einzelne Gefässstämme und dgl. mehr fehlen; weil ferner jede circumscripte Vorwölbung fehlt, auch die Dauer der Affection und die Constanz der Erscheinungen ohne Zunahme während eines vollen Jahres sprechen gegen eine solche Auffassung. Dagegen hat die Annahme, dass es sich im vorliegenden Falle um die von Griesinger und Kussmaul beschriebene sog. schwielige Mediastino-Pericarditis handle, die meiste Wahrscheinlichkeit für sich. Insbesondere sprechen der exquisite Pulsus paradoxus und das inspiratorische Anschwellen der Halsvenen fast mit Bestimmtheit zu Gunsten dieser Annahme. Wenn auch der P. paradoxus, wie der Vortragende früher nachgewiesen, ohne jede Spur einer schwieligen Mediastino-Pericarditis bereits bei Gesunden bei tiefen Athmungen beobachtet wird, so muss doch sein gleichzeitiges Vorkommen mit inspiratorischer Anschwellung der Halsvenen als ein durchaus charakteristisches Zeichen der schwieligen Mediastino-Pericarditis betrachtet werden. Beide Erscheinungen erklären sich aber, wie Kussmaul zuerst nachgewiesen, leicht aus dem verengernden Zuge, den diese vom Pericard zum Mediastinum und zu den grossen Gefässstämmen hinziehenden schwieligen Stränge bei jeder Inspiration auf die grossen Gefässstämme ausüben.

Herr Samelsohn stellt vor: 1. Eine Patientin von 32 Jahren, die eine sehr gefässhaltige Geschwulst auf der vorderen Hornhaut darbietet. Dieselbe nimmt den grössten Theil der Cornea ein, ohne jedoch an irgend einer Stelle auf die Scleral-Conjunctiva überzugreifen, mit welcher sie allein durch einige langgestreckte Gefässe zusammenhängt. Aus der Art der Entstehung und dem makroskopischen Aussehen stellt S. die Diagnose auf eine echte, sehr gefässhaltige Granulationsgeschwulst, die, wenn auch bisher beschrieben, dennoch von dem jüngsten Bearbeiter der Hornhautkrankheiten (Saemisch) bezweifelt wird.

Nachtrag: Die von Köster unternommene mikroskopische Untersuchung der am Tage nach der Vorstellung abgetragenen Geschwulst lautet: Sehr gefässreiches Granulationsgewebe ohne Epithelbedeckung oder Einlagerung. 2. Ein Mädchen mit linksseitiger angeborener Ptosis, die durch Verkürzung des Orbicularis nach der Graefe'schen Methode in befriedigender Weise operirt worden ist. Redner nimmt Gelegenheit, über die Schwierigkeit der operativen Heilung der Ptosis sich zu verbreiten. 3. Einen jungen Mann mit einer sehr seltsamen Schussverletzung des linken Auges. Ein Schrotkorn war aus einer Revolver-Ladung an der medialen Seite des horizontalen Meridians durch die Sclera gedrungen, 4 Linien von der Hornhautgrenze entfernt, und fand sich am Boden der vorderen Kammer liegend, aus der es durch Linearschnitt mit nachfolgender Iridectomie entfernt wurde. Aus dem Umstande, dass weder Iris noch Linse in irgend einer Weise verletzt gefunden wurde, während der temporale Theil der Iris an der Stelle des grossen Kreises ein wenig nach hinten getreten war, und auf dem Gipfel des Kammerwassers einige Luftblasen schwammen, muss angenommen werden, dass das Korn die Zonula Zinnii an einem Punkte perforirt, dadurch den Linsenrand so weit nach der entgegengesetzten Seite gedrückt hatte, dass sie durch diese Oeffnung und die Pupillar-Oeffnung in die vordere Kammer fallen konnte ohne weitere Verletzung der Häute. Die Heilung geht so gut vorwärts, dass nicht allein die Form des Auges völlig gewahrt ist, sondern bereits Lichtschein und exacte Projection zu verzeichnen ist, 8 Wochen nach stattgefundener Verletzung.

650. Münchener morphologisch-physiologische Gesellschaft.

Prof. H. Range: Ueber eine bisher nicht beschriebene Wirkung des Chloralhydrates. (Aerztl. Int.-Bl. Nr. 30, 1877.)

Es ist bekannt, wie Liebreich zur Entdeckung der therapeutischen Wirkung des Chloralhydrats auf theoretischem Wege geführt wurde, indem er

Digitized by Google

annahm, dass, nachdem Liebig 30 Jahre vorher gezeigt hatte, dass eine wässerige Lösung von Chloralhydrat auf Zusatz von etwas Alkali sofort sich in Chloroform und Ameisensäure spaltet, diese Spaltung in Chloroform auch innerhalb des Organismus stattfinden müsse, wenn Chloralhydrat mit dem freien Alkali des Blutes in Berührung gebracht werde. Das auf diesen Calcul hin angestellte Experiment führte zu einer der grössten therapeutischen Entdeckungen des letzten Decenniums zur Entdeckung der hypnotischen Wirkung des Chloralhydrats. Selbstverständlich wurde von Liebreich diese hypnotische Wirkung als auf Entwicklung von Chloroform innerhalb des Organismus beruhend erklärt. Personne wies auch direct nach, dass beim Vermischen von Blut mit einer Lösung von Chloralhydrat wirklich Chloroform frei wird. Ebenso zeigte er, dass dasselbe in einer Lösung von Hühnereiweiss statthabe. Liebreich hat seine Ansicht bis in die neueste Zeit festgehalten und zu begründen gesucht. Behufs dieser Begründung sagt er unter Anderem Folgendes: Selbst wenn man zulässt, dass die ersten Erscheinungen des Chloraleffectes von der Molecülwirkung als Aldehyd herrühren, so ist doch durch das Experiment erwiesen, dass sich Chloroform im Organismus abspaltet. Liebreich wies nämlich nach, dass, wenn man einem Kaninchen einen Ueberschuss von Chloral, nämlich 2·5 bis 3 Gramm, i. e. eine tödtliche Dosis auf einmal injicirt (zur hypnot. Wirkung reicht durchschnittlich 1 Gramm vollständig aus), dass dann in der Ausathmungsluft Chloroformreaction auftritt. Weiter sagt Liebreich: „die Chloralwirkung nimmt mit der Zeit zu. Die Menge des Chlorals im Organismus wird aber immer kleiner, während die aus dem Chloral sich abspaltende Chloroformquantität zunimmt.“ Da nun die Wirkung mit der Zeit eine intensivere im Organismus wird, so liegt die logische Nothwendigkeit vor, dass die Wirkung dem in grösserer Menge auftretenden Körper, dem Chloroform, und nicht dem in der Abnahme begriffenen, dem Chloral, als Aldehyd-Molecül zukommt. Neuerdings formulirt Liebreich seine Anschauung so, dass er sagt, bei der Chloroformbildung aus Chloral im Blute seien 2 Factoren thätig, nämlich erstens das freie Alkali des Blutes, zweitens der oxydirende Vorgang im Organismus. Und sein Raisonnement lässt sich weiter in folgende Sätze zusammenfassen: Chloral ist in einer alkalischen Lösung nicht existenzfähig. Das Blut ist eine alkalische Flüssigkeit, in welche das Chloralhydrat nach der Resorption gelangt. Das freie Alkali des Blutes verhält sich zum Chloralhydrat wie reines Alkali ausserhalb des Organismus und bewirkt die Umsetzung in Chloroform. Die Chloroformspaltung findet aber höchst allmälig statt, indem jedes kleinste Theilchen Chloral die umliegende Quantität Alkali verbraucht. Es wird also in jedem kleinen Zeittheilchen nur eine minimale Quantität Chloroform gebildet. Sehr bald nach Liebreich's Entdeckung wurden von verschiedenen Seiten, zuerst von Demarquay, Zweifel angeregt darüber, ob die Entwicklung von Chlorofom das Wesentliche der Chloralwirkung bilde und ob nicht das Chloral als solches, also als Chloral-Molecül wirke. Demarquay führte besonders an: Chloral bedinge Hyperästhesie, Chloroform Anästhesie, die Chloralnarkose dauere Stunden lang, die Chloroformnarkose ohne neue Zufuhr nur Minuten; endlich die Exspirationsluft chloralisirter Thiere rieche nicht nach Chloroform, sondern nach Chloral. Lewisson (Berlin) gab Salzfröschen, welchen er nach der Methode von Cohnheim das Blut durch eine 0·75proc. Kochsalzlösung ersetzt hatte, welche also kein Blut mehr erhielten, aber noch kräftige Muskelbewegungen zeigten, Chloralhydrat subcutan und fand, dass die hypnotische und anästhetische Wirkung bei solchen Thieren noch vollkommen sicher eintrat. Wenige Minuten nach der Injection ermatteten die Frösche, die Reflexbewegungen wurden schwächer, hörten endlich ganz auf und, mit einem Wort, die Chloralwirkung bei solchen Thieren liess nichts zu wünschen übrig. Man könnte aus dieser Thatsache sogleich den Schluss ableiten wollen, dass, nachdem also erwiesen sei, dass das alkalische Blut

Digitized by Google

zum Zustandekommen der Chloralwirkung nicht nöthig ist, auch die Abspaltung des Chlorals in Chloroform der Chloralwirkung nicht zu Grunde liegen könne, dass also das Chloral nicht durch seine Componenten, sondern als Molecül wirke. Aber schon Lewisson selbst machte darauf aufmerksam, dass, wenn es ihm auch gelang nachzuweisen, dass die eingespritzte Kochsalzlösung keine Spur von alkalischer Reaction zeigte, auch nicht nachdem sie einige Zeit, selbst bis eine Stunde lang in den Gefässen verweilt hatte, er doch niemals im Stande war, auch die in der Lymphe enthaltenen Alkalien zu eliminiren. Selbst wenn er vor der Einspritzung der Kochsalzlösung die Lymphe aus den Lymphsäcken abgelassen hatte, so zeigten doch immer die Haut, die Muskeln, besonders der Herzmuskel, Hirn und Rückenmark, alkalische Reaction. Es bleibt also für die Annahme, dass das Chloralhydrat auch bei Salzfröschen seine Wirkung nur durch Abspaltung von Chloroform zu Stande bringe, immer noch die Alkalescenz der Lymphe und der Gewebe übrig. Und dazu kommt noch, dass nach der Annahme Liebreich's auch ohne Zuthun freien Alkalis, einfach durch die Oxydation in den Geweben, die Trennung der Kohlenstoffatome des Chloralhydrats bewirkt werden kann. Uebrigens wenn auch die Möglichkeit nicht ganz ausgeschlossen ist, dass auch bei Salzfröschen die Chloralwirkung auf Chloroformabspaltung beruht, so scheint dem Verf. die Erfahrung an diesen Salzfröschen doch mit grösserer Wahrscheinlichkeit dafür zu sprechen, dass eben das unzersetzte Chloralhydrat ähnliche Wirkungen äussert, wie sein Spaltungsproduct, das Chloroform. Steinauer hat auch vom Bromalhydrat nachgewiesen, dass die Wirkung dieses Mittels ebenfalls bei Salzfröschen zu Stande kommt. Wenn also die Wirkung des Bromals nur auf der Wirkung von Bromoform beruhen sollte, so müsste man annehmen, dass Bromoform ausserhalb des Blutes, in den Geweben in reichlicher Menge gebildet werde.

Olaf Hammarsten stellte sehr genaue Versuche an, um festzustellen, ob in der Athmungsluft chloralisirter Thiere Chloroform nachgewiesen werden könne und erhielt stets negative Resultate, woraus er schloss, dass das Chloral als Molceül und nicht als Chloroform wirke. Wie schon oben erwähnt, hat auch Liebreich das gleiche Resultat erhalten, also kein Chloroform nachweisen können, wenn er Kaninchen Dosen von 1·5 injicirte, das sind aber Dosen, welche zur hypnotischen Wirkung bei Kaninchen vollkommen ausreichen. Nur wenn Liebreich tödtliche Dosen von Chloral Kaninchen injicirte, 2·5—3 Gramm, gelang es ihm, Chloroform in der Ausathmungsluft zu finden. Doch legt Liebreich selbst auf diesen Versuch kein grosses Gewicht und spricht sich dahin aus, dass er diesem Versuchsresultat allein die Beweiskraft nicht zuschreiben könne, dass die Wirkung des Chloralhydrates nur auf Chlorofom-Wirkung beruhe. Die Resultate Hammarsten's wurden bestätigt von Rajewsky und von Ludimar Hermann in Zürich. Hermann liess auch eine Reihe von Versuchen durch Frln. Tomascewicz anstellen, um die Gegenwart von Chloroform im Harn von Patienten, welche 4 bis 6 Gramm Chloral bekommen hatten, nachzuweisen. Die Versuche, welche mit dem sehr empfindlichen Hofmann'schen Reagenz angestellt wurden (wobei beim Erhitzen mit Anilin und alkoholischer Natronlauge das charakteristische Isocyanphenyl entsteht), ergaben constant das Resultat, dass Harn nach Chloralgenuss bei saurer Reaction keine das Isocyanur gebende Substanz abgibt, wohl aber bei alkalischer. Hieraus ist aber der Schluss zu ziehen, dass der Harn kein Chloroform, wohl aber Chloral enthält. Ein weiteres Moment gegen die Liebreich'sche Theorie der Chloralwirkung ist darin gegeben, dass die Trichlor-Essigsäure, welche bekanntlich ganz wie das Chloral in alkalischen Lösungen Chloroform bildet, nach den Versuchen von Frln. Tomascewicz, welche Kaninchen bis zu 5 Gramm subcutan injicirte, völlig wirkungslos ist. Dies ungefähr ist der Stand der Frage, wie er sich aus der bisher vorliegenden Literatur

Digitized by Google

feststellen lässt. Ranke selbst versucht, auf einem etwas anderen Wege der Frage nahezutreten, und spricht sich hierüber wie folgt aus: „Es ist eine sehr auffallende Erscheinung, dass wenige Tropfen Chloroform, in die arterielle Blutbahn eines Thieres gebracht, exquisite Muskelstarre der betreffenden Extremität zur Folge haben. Wenn man z. B. einem Kaninchen einige Tropfen Chloroform in eine Arteria cruralis injicirt, so werden die von der Arterie unterhalb der Injectionsstelle versorgten Muskeln sofort starr und verfallen, wie Kussmaul zuerst gezeigt hat, wenn das Thier am Leben gelassen wird, in Verjauchung. Diese Wirkung des Chloroforms ist eine so charakteristische und kommt durch so kleine Quantitäten zu Stande, dass ich vermuthete, die Erscheinung müsse auch zu Tage treten, wenn man Chloralhydrat in eine Arterie injicirt, vorausgesetzt, dass wirklich im Blute Chloroform in grösserer Menge sich aus Chloral abspaltet. Ich injicirte also in die Art. crur. von Kaninchen eine 10proc. wässrige Lösung von Chloralhydrat und sah sofort nach der Injection die betreffenden Muskeln in Starre verfallen, nachdem dieselben einen Moment fibrilläre Zuckungen gezeigt hatten. Das Chloralhydrat, in die arterielle Blutbahn injicirt, ruft also dieselbe Erscheinung hervor, wie das Chloroform. Ich habe diesen Versuch in meinem Curs über Arzneimittelwirkungen oft wiederholt und stets das gleiche Resultat erhalten. Lässt man so injicirte Thiere leben, so gehen sie nach einiger Zeit wie nach Chloroforminjection septicämisch zu Grunde. Die Muskeln werden missfärbig, die Muskelprimitivbündel werden körnig getrübt, ihre Querstreifung verschwindet, sie zerfallen schollig und bedecken sich mit Tripelphosphat-Krystallen. Die Knochen werden nekrotisch. Selbstverständlich war ich im ersten Moment geneigt, diese Muskelstarre, welche mit der Wirkung der Chloroforminjection die grösste Aehnlichkeit hat, auf Abspaltung von Chloroform aus dem injicirten Chloral zurückzuführen. Es sind mir aber über diesen Punkt erhebliche Zweifel aufgetaucht. Wenn man nämlich einen Tropfen Chloroform in eine mit 0·7proc. Kochsalzlösung bereitete Myosinlösung fallen lässt, so umgibt sich der Tropfen mit einer Myosinhülle, und wenn man schüttelt, so vertheilt sich der Tropfen in eine Menge kleiner Kügelchen, welche sämmtlich von Myosinhüllen umgeben sind und so ein charakteristisches Bild darstellen. Gibt man zu einer Myosinlösung etwas Chloralhydratlösung, so entsteht sofort eine starke Trübung, niemals aber konnte ich Chloroformkügelchen darin beobachten, noch auch Chloroformgeruch wahrnehmen. Das Chloralhydrat fällt also das Eiweiss als Chloralmolekül und, wie es diese Fällung im Reagenzglase hervorruft, so ist es wahrscheinlich, dass es auch die Muskelstarre als Chloralmolecül bedingt. So lässt sich also auch dieser neue Versuch nicht für die Liebreich'sche Theorie verwerthen.“ Hieran fügt Redner noch eine Bemerkung in praktischer Hinsicht: „Vor wenigen Jahren machte Oré den Vorschlag, zur Behandlung des Tetanus und im Allgemeinen als Ersatz der Chloroformnarcose Chloralhydrat in die Venen zu injiciren, weil auf diesem Wege die Chloralnarcose bedeutend intensiver und länger andauernd gemacht werden könne. Bekanntlich wurde dieses Verfahren wirklich von zwei belgischen Chirurgen, Deneffe und van Wetter, in die Praxis eingeführt, aber schon unter 65 Chloralinfusionen ereigneten sich 2 Todesfälle. Der Grund für diese plötzlichen Todesfälle beruht offenbar in der Einwirkung des Chlorals auf den Herzmuskel. Zwar wird das Mittel durch Einbringung in den venösen Strom von einer Armvene aus erst in sehr starker Verdünnung den Herzmuskel erreichen, und bei hochgradiger Verdünnung der Chlorallösung tritt selbst nach Injection in die Arterien die specifische Wirkung auf die Muskeln häufig nicht ein. Immerhin wird, nachdem ich gezeigt habe, wie dieses Mittel auf die Muskelfaser einzuwirken im Stande ist, eine Chloralinfusion in die Blutbahn stets als eine das Leben unmittelbar bedrohende, durch nichts zu rechtfertigende Procedur angesehen werden müssen.“

Digitized by Google

651. Physiologische Gesellschaft zu Berlin. Prof. Hermann Munk (Berlin): Zur Physiologie der Grosshirnrinde. (B. k. Wochenschr. Nr. 35, 1877.)

Vor einigen Monaten hat Verf. der physiologischen Gesellschaft eine erste Mittheilung gemacht von einer Untersuchung, welche die Erweiterung unserer Kenntniss von den Functionen der Grosshirnrinde bezweckte: Mittelgrossen Hunden hatte er an der Convexiät des Scheitellappens, des Hinterhauptslappens und des Schläfenlappens ungefähr kreisrunde Stücke der Grosshirnrinde von ca. 15 Mm. Durchmesser und ca. 2 Mm. Dicke exstirpirt, theils an einer Hemisphäre und später symmetrisch an der zweiten, theils symmetrisch an beiden Hemisphären zugleich. Es hatte sich ergeben, dass der untersuchte Grosshirnrindenabschnitt eine vordere, rein motorische und eine hintere rein sensorielle Sphäre enthält, deren Grenze etwa durch eine Linie gegeben ist, welche man vom Endpunkte der Fissura Sylvii vertical gegen die Falx gezogen denkt. Exstirpationen vor dieser Linie bedingen immer Bewegungsstörungen, wie sie zuerst Fritsch und Hitzig sahen, Exstirpationen hinter dieser Linie haben nie, auch nicht spurweise, Bewegungsstörungen zur Folge. Dafür wird im Bereiche der hinteren, sensoriellen Sphare regelmässig Seelenblindheit erzeugt, wenn die Exstirpation den Hinterhautslappen nahe seiner hinteren oberen Spitze trifft (Stelle A); Seelentaubheit, wenn die Exstirpation den Schläfenlappen nahe seiner unteren Spritze angreift (Stelle B); das Thier hat im ersteren Falle die Erinnerungsbilder der Gesichtsempfindungen, im letzteren Falle die Erinnerungsbilder der Gehörsempfindungen verloren. Nach Exstirpation vor der Stelle A oder unterhalb der Stelle A, zwischen dieser und der Stelle B, hatten sich gar keine Veränderungen an den operirten Thieren wahrnehmen lassen. Es hatte sich ferner gezeigt, dass die Bewegungsstörungen sowohl wie die Seelenblindheit ganz allmälig innerhalb 4—6 Wochen, und zwar stets vollständig, bis auf die letzte Spur, sich verloren, so dass die operirten Thiere sich in nichts mehr von normalen Thieren unterschieden. An den seelenblinden Thieren hatte sich dabei auf das Genaueste verfolgen lassen, wie die Thiere von Neuem sehen lernten, gerade so wie in der frühesten Jugend. Dies hatte zu der Vorstellung geführt, dass sowohl die Seh- wie die Hörsphäre der Grosshirnrinde weit über den Hinterhaupts- resp. Schläfenlappen ausgedehnt sind, dass in dieser Seh- resp. Hörsphäre die Erinnerungsbilder in der Reihenfolge etwa, wie die Wahrnehmungen dem Bewusstsein zuströmen, gewissermassen von einem centralen Punkte aus in immer grösserem Umkreise deponirt werden, und dass nach Exstirpation der zur Zeit alle oder die meisten Erinnerungsbilder beherbergenden Stelle A resp. B der Rest der Seh- resp. Hörsphäre in der Umgebung von A resp. B mit neuen Erinnerungsbildern besetzt wird. (Vgl. Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin, Nr. 16, Sitzung vom 23. März 1877.) M. ist jetzt im Stande, die folgenden weiteren bemerkenswerthen Ergebnisse mitzutheilen: So sehr auch das Grosshirn unabhängig von den peripheren Nerven sich entwickelt, so war doch nicht anzunehmen, dass der völlige Ausfall der Gesichts- oder Gehörsempfindungen ohne allen Einfluss sein würde auf die Ausbildung der Grosshirnrinde. Wiederholt wurde deshalb mit Hunden desselben Wurfes so verfahren, dass am 4.—6. Tage nach der Geburt einem Drittheile das Auge und einem zweiten Dritttheile das Ohr theils ein-, theils beiderseits zerstört wurde, während das letzte Dritttheil unversehrt blieb. Nur wenige der verstümmelten Hunde blieben im Ganzen in ihrem Wachsthume zurück, die meisten entwickelten sich ebenso gut oder sogar noch etwas besser, als die normalen Hunde. Als nach Ablauf von 8—14 Wochen die gleich entwickelten unversehrten und verstümmelten Hunde desselben Wurfes getödtet wurden, lehrte die Section, dass wirklich bei den geblendeten Hunden der früher als Sehsphäre erkannte Hinterhauptslappen, bei den

Digitized by Google

tauben (taubstummen) Hunden der früher als Hörsphäre erkannte Schläfenlappen des Grosshirns in der Ausbildung gegen die Norm zurückstand. Dafür war, offenbar compensatorisch, bei den blinden Hunden der Schläfenlappen, bei den tauben Hunden der Hinterhauptslappen über die Norm ausgebildet, so dass das Volumen der Hemisphäre nicht beträchtlich verkleinert war. Besonders auffällig bei dem Vergleiche der blinden mit den tauben Hunden zeigte sich bei den blinden Hunden der Schläfenlappen gegen die Falx, bei den tauben Hunden der Hinterhauptslappen gegen die Schläfe vorgeschoben. Wenn Herr Gudden bei seinen ähnlichen Blendungsversuchen keine Rückwirkung auf das Gehirn hat constatiren können, so wird der Misserfolg nur daraus sich erklären lassen, dass seine Versuche fast ausschliesslich an Kaninchen und Tauben und besonders immer vereinzelt, ohne die Beschaffung des nöthigen Vergleichsmaterials, angestellt waren. Die Erfolge der fortgesetzten Exstirpationsversuche betreffend, glaube ich zunächst hervorheben zu müssen, dass auch bei allen weiteren Versuchen ohne jede Ausnahme die Eingriffe am Hinterhauptslappen (Stelle A) ausschliesslich Seelenblindheit, am Schläfenlappen (Stelle B) ausschliesslich Seelentaubheit, am Scheitellappen ausschliesslich Bewegungsstörungen nach sich zogen. Wie aber nicht blos die Sehfunction, die Hörfunction u. s. w. im Grossen und Ganzen in der Grosshirnrinde localisirt sind, sondern auch die einzelnen Erinnerungsbilder ihren bestimmten Sitz in der Grosshirnrinde haben, hat sich neuerdings sehr schön in 2 Versuchen gezeigt, bei welchen nach Exstirpation der Stelle A, unter Verlust aller anderen Erinnerungsbilder der Gesichtsempfindungen, ein einzelnes solches Erinnerungsbild unversehrt erhalten gefunden wurde; in dem einen Falle das Bild des Eimers, aus welchem der Hund zu trinken gewohnt war, in dem anderen Falle das der Handbewegung, auf welche die Pfote zu reichen der Hund vor der Operation eingeübt worden war. Nach Exstirpation vor der Stelle A oder unterhalb der Stelle A haben sich meist auch bei den neueren Versuchen gar keine Veränderungen an den operirten Thieren wahrnehmen lassen; manchmal aber war eine leichte Sehstörung der Art und zwar blos der Art zu erkennen, dass der Hund geworfenen Fleischstücken mit dem Auge der unversehrten Seite weniger gut zu folgen im Stande war, als mit dem Auge der operirten Seite. Indem die Verletzung des Sinus longitudinalis keine üblen Folgen und keine Verwicklungen mit sich bringt, hat sich auch die Grosshirnrinde an der inneren Seite der Hemisphäre der Prüfung unterziehen lassen. Es haben hier die Exstirpationen am Hinterhauptslappen dieselben Ergebnisse geliefert, wie die Exstirpationen vor oder unterhalb der Stelle A. Die Wiederkehr der Gehörswahrnehmungen zu beobachten, war früher nicht geglückt, und ich habe mich auch neuerdings lange vergebens darum bemüht. Da sich kein Mittel fand, einseitige Gehörsstörungen mit ausreichender Sicherheit festzustellen, musste die Stelle B immer beiderseitig exstirpirt werden, und es gingen dann die Hunde, welche die grossen unmittelbaren Gefahren der Operation überstanden hatten, immer doch noch in den ersten Wochen zu Grunde, indem auf der einen oder der andern Seite ein Hirnabscess in den sehr nahen Ventrikel durchbrach. Jetzt ist es mir aber endlich gelungen, auch die allmälige Restitution von der Seelentaubheit zu constatiren; an dem betreffenden Hunde liess sich von Tag zu Tag verfolgen, wie er von Neuem, und zwar nicht anders wie in der frühesten Jugend, hören lernte, bis er sich nach etwa einem Monate in nichts mehr vom normalen Hunde unterschied. Um die Vorstellung zu prüfen, dass nach Exstirpation der Stelle A die Umgebung dieser Stelle mit den neuen Erinnerungsbildern der Gesichtsempfindungen besetzt wird, wurden Versuche mit secundärer Exstirpation der Stellen vor und unterhalb A an seelenblind gemachten und restituirten Hunden zahlreich ausgeführt. Aber diese Versuche sind sämmtlich unglücklich verlaufen; die einmal verletzte Grosshirnhemisphäre ist so empfindlich geworden, dass jeder neue Angriff derselben eine heftige Meningitis mit tödtlichem Ausgange nach sich zieht. Ebenso erfolglos war

Digitized by Google

eine andere Reihe von Versuchen, bei welchen durch eine sehr ausgedehnte Exstirpation von vorne herein die ganze Sehsphäre zu entfernen beabsichtigt war, um das diesmalige Ausbleiben der Restitution zu constatiren; denn die Exstirpation kreisrunder Stellen von mehr als 20 Mm. Durchmesser überlebten die Thiere immer nur kurze Zeit, und bei kleineren Exstirpationen verlor sich die Seelenblindheit immer wieder vollständig. Inzwischen ergab sich die Lösung der Aufgabe, um welche es sich hier handelte, ohne jeden besonderen Eingriff. Die einmal verletzte Grosshirnhemisphäre erweist sich nämlich auch in der Weise ausserordentlich empfindlich, dass heftiger Schrecken, Indigestion, Puerperium u. dergl. Hirnerscheinungen im Gefolge haben, als deren Ursache die Section regelmässig eine von der verletzten Stelle ausgegangene und mehr oder weniger ausgebreitete Meningitis mit oberflächlicher Encephalitis aufdeckt. Solcher Erkrankung verfielen vielfach die seelenblind gemachten Hunde früher oder später, oft erst nach Monaten, wenn die Hunde wieder vollkommen sehen gelernt und viele Wochen lang durchaus normal sich verhalten hatten. Man beobachtete dann in den leichteren Fällen ausschliesslich eine Sehstörung, aber eine Sehstörung, bei welcher der Hund nicht blos wiederum seelenblind war, nicht blos die neugewonnenen Erinnerungsbilder der Gesichtsempfindungen zum zweiten Male verloren hatte, sondern vollkommen blind sich erwies, indem er nur sehr schwer zum Gehen zu bewegen war, die Hindernisse auf seinem Wege nicht umging, überall anstiess u. s. w. In den schwereren Fällen gesellten sich zu dieser Blindheit clonische Krämpfe und Ataxien in den schwersten Fällen auch noch Coma hinzu. Nur in den schwersten Fällen trat der Tod ein, und es fand sich eine über das ganze Grosshirn, auch die Vorderlappen, ausgebreitete starke Meningitis. In den anderen Fällen bildeten sich die Störungen allmälig zurück, und zwar gewann in den leichteren Fällen der Hund völlig sein früheres Befinden wieder, während in den schwereren Fällen nur die Bewegungsstörungen sich verloren, die Blindheit aber bestehen blieb. Die Section ergab in jenen leichteren Fällen eine mässige Meningitis des Hinterhauptslappens, in diesen schwereren Fällen eine starke Meningitis des Hinterhauptslappens und eine schwächere des Scheitellappens. Offenbar hatte hier der pathologische Process die Umgebung der Stelle A theils vorübergehend, theils dauernd functionsunfähig gemacht. Es ist also der Hirntheil, in welchem der unmittelbare Einfluss der Sinnesempfindungen auf die Bewegungen statthat, bei dem Hunde die Grosshirnrinde, während derselbe bei dem Frosche nach Herrn Goltz hinter den Grosshirnhemisphären gelegen ist. Und wie es schon früher erschlossen worden war, ist der Ort der Gesichtswahrnehmung die Rinde des Hinterhauptslappens in weiter Ausdehnung, während nur ein Theil dieser Rindenpartie mit den Erinnerungsbildern der Gesichtsempfindungen besetzt ist.

Digitized by Google

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Publicationen des statistischen Bureaus der Hauptstadt Budapest. 14. Die Sterblichkeit der Stadt Budapest in den Jahren 1874 und 1875 und deren Ursachen. Von Josef Körösi. Uebersetzung aus dem Ungarischen. Berlin, 1877. Stuhr'sche Buchhandlung (S. Gerstmann).

Nachträgliche Bemerkungen zu meinem Aufsatze „Zwei Fälle von Durchschneidung der Sehne des Steigbügelmuskels am Menschen". Von Dr. Victor Urbantschitsch. (Sep.-Abdr. aus d. Monatsschr. f. Ohrenheilk.)

Vierzehntägiges Verweilen eines Pflaumenkernes in einer Oesophagusstrictur — spontaner Abgang durch Erbrechen. Von Dr. Carl Fieber. (Sep.-Abdr. aus d. „Med. chir. Centralbl." 1877.)

Preis-Verzeichniss der gebräuchlichsten chirurgischen Instrumente des Rudolf Thürriegl. Wien, 1877. Verlag von Rudolf Thürriegl.

Arco. Ein Wintercurort. Von Dr. Josef Leutner. (Sep.-Abdr. aus d. „Allgem. Wr. medic. Zeit." 1877.)

Beiträge zur Kenntniss der Kuhmilch und ihrer Bestandtheile nach dem gegenwärtigen Standpunkte wissenschaftlicher Forschung. Von Dr. W. Kirchner. Dresden, 1877. G. Schönfeld.

Statistischer Sanitäts-Bericht der k. k. Kriegs-Marine für das Jahr 1875. Im Auftrage des k. k. Reichs-Kriegs-Ministeriums (Marine-Section) zusammengestellt von Dr. Alexius Uhlik. Wien, 1877. In Commission von Braumüller & Sohn.

Ueber den sogenannten polypenförmigen inneren Vorfall der Fruchtblase. Von Prof. Alois Valenta in Laibach. (Sep.-Abdr. aus der Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkol.)

Ueber einen Fall von habitueller Hydrocephalo-Meningokele, combinirt mit cystöser Degeneration beider Nieren. Von Prof. Dr. Alois Valenta in Laibach. (Sep.-Abdr. aus d. „Prager medic. Wochenschr." 1876.)

Ueber den Fruchtblasensprung. Von Prof. Dr. Alois Valenta in Laibach. (Sep.-Abdr. aus „Memorabilien" 1877.)

Ueber die künstliche Fruchtblasensprengung mit Bezugnahme auf den vorzeitigen und rechtzeitigen Fruchtwasserabgang. Von Prof. Dr. Valenta. (Sep.-Abdr. aus d. „Arch. f. Gynäkologie" 12.)

Allgemeine und specielle Gewerbe-Pathologie und Gewerbe-Hygiene. Von Prof. Dr. Alexander Layet in Rochefort. Deutsche Ausgabe von Dr. Friedrich Heine in Thaun. Erlangen. Eduard Besold. 1877.

Analysis of seven hundred and seventy-four cases of skin. diseaes. By L. Duncan Bulkley, U. D. New-York. D. Appleton and Company. 1877.

Diagnostik der Brustkrankheiten vom propädeutisch-klinischen Standpunkte nebst einer physikalischen Theorie der Schallbildung. Von Prof. Dr. J. Stern. Wien, 1877. Braumüller.

Mayer's Hand-Lexikon des allgemeinen Wissens. 2. Auflage in 2 Theilen oder 24 Lieferungen. Leipzig, Bibliographisches Institut, 1877.

Handbuch der Kinderkrankheiten. Herausgegeben von Prof. Dr. C. Gerhardt. 2. Band. Mit 11 Holzschnitten. Tübingen, 1877 H. Laupp.

Bericht über den Typhus exanthematicus in Wien im Jahre 1875. Dem n.-ö. Landes-Sanitätsrathe erstattet von Dr. L. Oser. (Sep.-Abdr. aus d. „medic. Jahrbüchern" 1877. Mit 10 Tafeln.)

Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende. Von Prof. Dr. Eduard Albert. Mit zahlreichen Holzschnitten. 1. Band. Wien, 1877. Urban & Schwarzenberg.

Zur Phthisiotherapie der Gegenwart. Von Dr. T. Dettweiler in Falkenstein. Sep.-Abdr. aus d. Berl. klin. Wochenschr. 1877.

Dr. G. Beck's Almanach der ärztlichen Polytechnik. 1. Jahrgang. Leipzig, Carl Hildebrandt & Co., 1877.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Karl Bettelheim.
Einsendungen an die Redaction sind zu richten: Wien, I., Gonzagagasse 5.

Druck von G. Gistel & Co., Wien.

Digitized by Google

Offene Correspondenz der Administration.

Herren Dr. L. F. in Hermagor; K. prakt. Arzt in Maissau (1 fl. Rest); Dr. M. in Lemberg; L. P. in Grafendorf (94 kr. pro 1878 gut). Wir bestätigen auf ausdrückliches Verlangen den Empfang des Abonnementsbetrages.

„ Dr. M. in Lemberg (Buchheim für Versicherungswesen); Dr. L. S. in Krakau (Wiener Klinik, Heft 6); F. F., Communalarzt in Rosenau; Dr. A. B. in Fülöpszallas; M., k. k. Oberwundarzt in Castelnuovo (Impfstoff). Ihre Zuschriften sind erledigt.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschien und ist durch jede Buchhandlung zu beziehen:

Laryngoscopischer Atlas.

Enthaltend

61 Figuren auf 10 Tafeln in Farbendruck.

Nach der Natur gemalt und erläutert von

Dr. ERNST BUROW,

Privatdocent in Königsberg.

Royal-Octav. Geheftet. Preis 12 Mark.

Vom Bewusstsein

in

Zuständen sogenannter Bewusstlosigkeit.

Vortrag,

gehalten in der psychiatrischen Section der 50. deutschen Naturforscher-Versammlung zu München.

Von

Dr. J. L. A. KOCH,

Director der Königl. Pflegeanstalt Zwiefalten.

8. Geheftet. Preis 1 Mark.

Lehrbuch

der

Allgemeinen Pathologie.

Für Aerzte und Studirende.

Von

Dr. M. PERLS,

ord. Professor und Director des pathologischen Instituts zu Giessen.

I. Theil.

Allgemeine Pathologische Anatomie und Pathogenese.

Mit 124 in den Text gedruckten Holzschnitten.

Gr. 8. Geheftet. Preis 14 Mark.

Digitized by Google

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Klinik der Rückenmarks-Krankheiten.

Von

Dr. E. Leyden,

o. ö. Professor an der Universität Berlin.

Zwei Bände. Mit 26 zum Theil farbigen Tafeln.

1874/76. gr. 8. 44 M. 125

Im Verlage von **Wilhelm Braumüller,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in **Wien**, ist erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Vorlesungen

über

allgemeine und experimentelle Pathologie

von

Dr. S. Stricker,

o. ö. Professor der allg. und exp. Pathologie in Wien.

I. Abtheilung gr. 8. 1877. Preis 2 fl. = 4 Mark.

II. Abtheilung gr. 8. 1878. Preis 2 fl. = 4 Mark.

Die dritte Abtheilung (Schluss des Werkes) wird gegen Ende des Jahres 1878 erscheinen. 126

Soeben erschien bei **HANS FELLER** in Karlsbad:

Handbuch der Hygieine

von

Med. Dr. Josef Wiel, Docent der Hygieine und **Prof. Dr. Robert Gnehm,** Docent der techn. Chemie am eidg. Polytechn. zu Zürich.

Lfg. 1, 5 Bogen. gr. 8. Mit zahlreichen Holzschnitten. Preis 80 kr.

Dieses Handbuch wird eine eigene (rein praktische) Richtung verfolgen, es wird sich nämlich über alles dasjenige verbreiten, womit sich die Gesundheits-Aemter befassen, und binnen Jahresfrist etwa 50 Bogen stark (in ca. 10 Lfgen. erscheinen. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

Tischfür Magenkranke

von **Med. Dr. J. Wiel** in Zürich, Verfasser des „Diätetischen Kochbuch". Dieses weitverbreitete und überall günstig beurtheilte Buch über diätet. Behandlung der Magenkr. erschien bereits in 4. Auflage. Preis brosch. 2 fl., elegant geb. fl. 2.50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen oder in Ermanglung geeigneter Verbindung direct franco vom Verleger:

129 **Hans Feller** in **Karlsbad**, Böhmen.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Grundriss

der

Physiologie des Menschen

von

Prof. Dr. L. Hermann.

Sechste umgearbeitete Auflage.

1877. gr. 8. Mit Holzschnitten. 12 Mark. 218

Digitized by Google

Echter und vorzüglicher

Malaga-Wein

(Jahrgang 1845)

für Kranke und Reconvalescente.

Durch Vermittlung der Administration der Wiener Medizinischen Presse in Wien, Maximilianstrasse 4, ist unverfälschter alter Malaga-Wein, zum Preise von fl. 3 pro Bouteille, zu beziehen. Für vorzüglichste Qualität wird garantirt. Versendung gegen Einsendung des Betrages oder Nachnahme desselben, — Emballageberechnung zum Selbstkostenpreise. Bei grösseren Aufträgen — insbesondere durch die Herren Aerzte — wird entsprechender Nachlass gewährt.

Chinin-Zuckerln und Chinin-Chokoladen

von

Josef Gobetzky,

Apotheker in Essek, Slavonien.

Diese aus **Chininum tannicum neutr.** mit der grössten Genauigkeit von mir erzeugten Präparate kosten

100 Stück 4 fl. ö. Währ., inclusive Stempel, Emballage und Porto.

Jedes Stück enthält 7 Centigramm reines Chinin.

Zur Beachtung.

Den Beweis der Vorzüglichkeit und Echtheit meiner Erzeugnisse liefern die Zeugnisse über die vorgenommenen chem Analysen des Herrn Professor Dr. G. C. Wittstein in München, Dr. J. Schorm und Dr. H. Braun in Wien, J. Molnar, Apotheker und Chemiker in Budapest etc., sowie die in Nr. 13 der Zeitschrift des allgem. österr. Apotheker-Vereins vom J. 1876 veröffentlichte Anempfehlung des bekannten Professor Dr. Wittstein in München, welche lautet:

Herr Apotheker Josef Gobetzky in Essek (Slavonien) bereitet mittelst **von ihm eigens dargestellten** neutralen gerbsauren Chinins (Chininum tannicum neutrale) Chokolade-Zeltchen und Zuckerzeltchen, welche, wie ich mich durch **chemische Prüfung** überzeugt habe, nicht allein **sehr sorgfältig** hergestellt sind und **den angegebenen Gehalt an Chinin besitzen,** sondern auch den **grossen Vorzug** haben, dass darin **die Bitterkeit des Alkaloides völlig maskirt ist.**

Ich kann daher **allen Aerzten,** welche veranlasst sind, Chinin zu verordnen, obige Präparate **auf's beste empfehlen.**

München, den 25. April 1876. (L. S.) **Prof. Dr. G. C. Wittstein.**

Aufträge werden erbeten in Wien an Herrn Otto Raabe, Bäckerstrasse Nr. 1, und Pezold u. Süss, Droguisten; in Pest an Herrn Thalmaier u. Comp.; in Graz an Herrn Dr. A. Wunder, Apotheker, und Herrn Nedver, Apotheker; in Kronstadt an Herrn Müller, Apotheker; in Temesvar an Herrn J. Pecher, Apotheker; in Maros-Vásárhely an Herrn A. Jenney, Apotheker, und an den Erzeuger zu richten.

Diese Präparate wurden auch bei der Szegediner Landes-Ausstellung als eminente Präparate anerkannt und hiefür mir die Verdienstmedaille ertheilt. 19

Wien 1873. **11 Medaillen 1. Classe.** **Wien 1873.**

Fortschritts-Medaille.

Aerztliche Maximal-

und gewöhnliche

Thermometer

zur Bestimmung der Körpertemperatur.

Verdienst-Medaille.

Urometer nach **Dr. Heller, Bade-** und **Krankenzimmerthermometer** etc. sowie alle Arten **Thermometer, Barometer** und **Aräometer.**

Für Spitäler besondere Begünstigungen.

Heinr. Kapeller jun., k. k. a. p. Fabrik physikalischer und meteorologischer Instrumente.

Wien, V., Kettenbrückengasse Nr. 9. 37

Illustrirte Preisverzeichnisse stehen gratis zur Verfügung.

Digitized by Google

Im unterzeichneten Verlage ist soeben erschienen:

Anleitung

zur

Harn-Analyse

für

praktische Aerzte, Apotheker und Studirende.

Von

Dr. W. F. Loebisch,

Docent an der k. k. Universität und I. Assistent am Laboratorium für angewandte medizinische Chemie in Wien.

238 Seiten. Mit 26 Holzschnitten.

Preis 2 fl. 50 kr. ö. W. = 5 M. — Eleg. geb. 3 fl. 30 kr. = 6 M. 60 Pf.

In concisester Form ist in diesem Buche dem praktischen Arzte, Apotheker und Studirenden ein leicht fasslicher Leitfaden geboten, das so wichtige diagnostische Hilfsmittel: die Harn-Analyse zu handhaben, und durch die uroskopischen Symptome zu möglichst sicherer Erkenntniss der zahlreichen mit dem Harn-Apparate zusammenhängenden Krankheiten zu gelangen. Die illustrative Darstellung der nöthigen Apparate, sowie der typischen Harn-Sedimente erleichtern auch dem Mindergeübten das volle Verständniss des Buches. Die Analyse der Harn-Concremente ist in leicht übersichtlicher Darstellung in einem Anhange beigegeben.

Die typographische Ausstattung des Buches ist eine äusserst elegante und wurde besonders durch die Anwendung verschiedener Schriften eine grosse Uebersichtlichkeit erzielt.

Urban & Schwarzenberg

Verlagsbuchhandlung,

Wien I., Maximilianstrasse Nr. 4.

Digitized by Google

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

(Schluss aus dem Hefte 11 — 1877).

652. Ueber den Verbrauch der Kohlenhydrate im thierischen Organismus. Von R. Böhm und F. A. Hoffmann, Professoren in Dorpat. (Centrbl. f. d. med. W. 1876, Nr. 76.)

Eine grössere Anzahl von Bestimmungen ergab, dass der Gehalt von Kohlenhydraten bei der Katze, auch bei ausschliesslicher Fleischnahrung, 4—5 Gramm pro Kilo Thier betragen kann. Während nach dreitägiger absoluter Carenz noch erhebliche Reste dieser Kohlenhydrate zurückbleiben, werden dieselben innerhalb 36 Stunden vollständig aufgezehrt, wenn man die Thiere tracheotomirt auf dem Operationsbrett sich selbst überlässt. Dabei sinkt in typischer Weise die Temperatur bis 29 ° C. Aber auch nicht tracheotomirte, in Watte eingepackte und aufgebundene Katzen gehen, bei Steigung der Innentemperatur, innerhalb desselben Zeitraums zu Grunde. Dieser Consum von Kohlenhydraten — auch grosse, in das Blut injicirte Mengen verschwinden, ohne im Harn wieder zu erscheinen, kann hintangehalten werden durch Halsmarkdurchschneidung. Das Nervensystem spielt demnach eine hervorragende Rolle bei diesem Processe. Lassar.

653. Ueber das Vorkommen von unterschwefliger Säure im Harne des Menschen. Von Adolf Strümpell. (Archiv der Heilkunde, 5. Heft 1876, S. 390.)

Im Menschenharn ist bis jetzt die unterschweflige Säure noch nicht aufgefunden worden, während sie nach Schmiedeberg und Meissner einen fast constanten Bestandtheil des Katzenharnes bildet. Str. fand nun unterschweflige Säure im Harne von einem Kranken mit Typhus abdominalis. Der Umstand, welcher die Aufmerksamkeit auf ein ungewöhnliches Verhalten des Harnes lenkte, war folgender: Es trat bei der directen Chlortitrirung des Harnes (ohne vorherige Veraschung) die Endreaction, der rothe Niederschlag von chromsaurem Silber trotz mehrfach

Digitized by Google

wiederholter Versuche nicht ein. Sobald die Chloride des Harns aller Wahrscheinlichkeit nach vollständig ausgefällt waren, trat bei weiterem Zusetzen der salpetersauren Silberlösung ein schmutziger, sehr bald schwarz werdender Niederschlag ein. Auch das Filtrat des mit Baryt gefällten und durch Kohlensäure vom überschüssigen Baryt befreiten Harns gab, mit überschüssigem Silbernitrat versetzt, dieselbe Reaction. Der auf die zuletzt angegebene Weise gewonnene schwarze Niederschlag, auf einem Filter gesammelt, wurde bei der Löthrohrprobe sicher als Schwefelverbindung erkannt. Als Bestätigung aber, dass der in Rede stehende schwefelhaltige Körper unterschweflige Säure war, diente das Verhalten gegen Salzsäure. Eine grössere Quantität Harn wurde mit HCl versetzt zwei Tage stehen gelassen, filtrirt, und der auf dem Filter befindliche Niederschlag mit Schwefelkohlenstoff extrahirt. Nach dem Verdunsten des letzteren auf einem Uhrgläschen blieb auf diesem ein Rückstand, welcher beim Erhitzen in einem Probirröhrchen ein Sublimat von Schwefelblumen lieferte. Eine quantitative Bestimmung, welche Str. ausführte, lässt ihn die Ausscheidung von unterschwefliger Säure auf 2·25 Gramm in 24 Stunden schätzen. Die Harn zeigte dieselben Reactionen noch während der zwei folgenden Tage. Str. bestätigt auch die Angabe Schmiedeberg's, dass der Harn, welcher unterschweflige Säure enthält, ebenso wie die Lösung eines unterschwefligsauren Salzes von Sublimat gefällt wird, doch kann die Sublimatfällung eines Harnes auch durch Xanthin bedingt sein. Loebisch.

654. I. Ueber das optische und chemische Verhalten einiger Eiweisssubstanzen, insbesondere der dyalisirten Albumine. Von Dr. Hermann Haas. (E. Pflüger, Archiv f. Physiologie. Bd. XII. S. 378.)

II. Ueber Eiweissbestimmungen im polarisirten Lichte. Von Dr. Hermann Haas. Vortrag, gehalten im Vereine deutscher Aerzte in Prag. (Prager medicinische Wochenschr. 1876, Nr. 18.)

Nachdem Verfasser in dem Vortrage ein Resumé seiner an experimentellem Detail reichen Arbeit I liefert, dürfen wir in Betreff der ersten Publication auf das Original verweisen, und wollen hiemit den Inhalt des Vortrages II in seinen wesentlichsten Punkten hervorheben. Die Eiweissbestimmung im Polarimeter scheint für praktische Zwecke in mancher Beziehung vortheilhaft. Man könnte durch dieselbe ohne Zeitverlust selbst öfter im Tage den Eiweissgehalt des Harnes quantitativ bestimmen, somit selbst die Wirkung therapeutischer Eingriffe auf die Albuminurie in ihrer Intensität studiren. Es frägt sich nur, ob diese Methode auch jene Genauigkeit besitzt, um damit genaue Untersuchungen ausführen zu können. Bekanntlich sind hierüber die Meinungen getheilt. Verfasser ging daran, den Einfluss der Concentration und des Salzgehaltes in Eiweisslösungen auf die specifische Drehung derselben zu untersuchen. Es zeigte sich nämlich, dass Harne, welche nach dem Kochen und Ver-

Digitized by Google

setzen mit Salpetersäure ein dichtes Eiweisscoagulum absetzten, eine geringere Drehung darboten, als solche mit nur sparsamen Niederschlägen. Indem in diesen Harnen auch die Menge des täglich ausgeschiedenen Kochsalzes bestimmt wurde, beobachtete Verf., dass gerade die salzarmen Harne die Ebene des polarisirten Lichtes weniger stark ablenkten, und wenn Kochsalz zugeführt wurde, so wurde die Drehung beträchtlicher. Verf. studirte nun das Verhalten der Eiweisslösungen bei Verdünnung mit Wasser und Salzlösungen und kam zu dem Resultate, dass sowohl die Verdünnung einer Eiweisslösung, als auch ihr Gehalt an Salzen von keinem wahrnehmbaren Einflusse auf die specifische Drehung ist. Doch musste vorher noch entschieden werden, ob nicht die in natürlichen Eiweisslösungen ursprünglich vorhandenen Salze das Eiweiss bereits soweit beeinflusst haben, dass durch Steigerung des Salzgehaltes eine weitere physikalische, durch die Untersuchung im polarisirten Lichte wahrnehmbare Umgestaltung desselben nicht mehr stattfinden könne. Verf. wiederholte daher die obigen Versuche mit möglichst salzarmen Albuminen und ist in Bezug auf das Verhalten der Salzlösungen zu eben denselben Resultaten gelangt.

Im Widerspruche mit diesen Erfahrungen scheinen nun die oben erwähnten Erfahrungen des Verf. zu stehen, nach welchen durch Salzzusatz die Drehung von Eiweisslösungen grösser zu werden schien. Da dieser Widerspruch nicht durch etwaige Beobachtungsfehler seine Entschuldigung finden kann, gibt Verf. als Erklärungsgrund an, dass jene Flüssigkeiten neben gelöstem auch noch suspendirtes Eiweiss enthielten, welches erst durch den Zusatz des Salzes in Lösung gebracht wurde. Von welch bedeutendem Einflusse auf die Drehungsgrösse ein solcher in salzarmen Lösungen unvermeidlicher Zwischenfall sein kann, geht aus einzelnen Erfahrungen hervor. H. beobachtete dies bei den albuminreichsten Bright'schen Harnen, welche auf Zusatz von Kochsalz erst vollkommen klar wurden und eben deshalb stärker drehten, nicht aber, wie es schien, weil das Drehungsvermögen des Eiweisses irgend alterirt worden wäre. Die Opalescenz verdünnter Eiweisslösungen, welche geringere Drehung zeigten als der Verdünnung entsprach, verschwand durch Zusatz von Neutralsalzen, und ergab die spec. Drehung der ursprünglichen Lösung, weil das durch Wasserzusatz ausgefällte Eiweiss, das nicht mehr wie gelöstes auf das polarisirte Licht einwirkte, durch die Salze wieder in Lösung gegangen war. Diese Thatsachen sprechen aber dafür, dass die spec. Drehung unabhängig sei von der Concentration sowohl, wie von der Art und Menge gleichzeitig vorhandener Salze Das Eiweiss nähme also in dieser Hinsicht unter den activen Substanzen eine Ausnahmsstellung ein, vielleicht deshalb, weil es im Gegensatze zu den in dieser Hinsicht untersuchten Substanzen, die alle Krystalloide waren, keine wahren Lösungen bildet. Loebisch.

Digitized by Google

655. Untersuchungen über Bacterien. Die Aetiologie der Milzbrandkrankheit, begründet auf die Entwicklungsgeschichte des Bacillus Anthracis. Von Dr. Koch in Wollstein. (Cohn's Beiträge zur Biologie der Pflanzen, II. 2. Heft.)

Unter den neueren Untersuchungen über Biologie und Wirkungsweise der pathogenen Schistomyceten nimmt die vorliegende Arbeit einen ganz hervorragenden Platz ein durch die Exactheit ihrer Methoden und die beweisende Klarheit ihrer interessanten Resultate. Es ist um so mehr angezeigt, über dieselbe eingehend zu berichten, weil das Fachorgan, in welchem sie publicirt ist, weniger in medicinischen als in botanischen Kreisen gelesen wird.

Davaine hatte durch die Infectionsfähigkeit, welche das stäbchenhaltige Blut milzbrandkranker Thiere in frischem sowohl, wie in getrocknetem Zustand besitzt, für erwiesen erachtet, dass die Stäbchen Bacterien und als solche die Träger des Krankheitsstoffes seien. Gegen diese Anschauung sprach das Fehlen von Bacterien im Blute solcher Thiere, die einer Milzbrandimpfung erlegen waren, und das endemische Vorkommen des Milzbrands im Zusammenhang mit Boden- und Wasserverhältnissen und gewissen Jahreszeiten (August und September). Koch's Untersuchungen zeigten, dass die von Davaine gerühmte Resistenzfähigkeit der Milzbrandstäbchen im getrockneten Zustande wenige Wochen, im feuchten einige Tage nicht überdauere, und führten deshalb zu der schon früher von Ferd. Cohn angedeuteten Wahrscheinlichkeitsannahme, dass nur ein Generationswechsel, eine Sporenbildung es möglich machen könne, die vergänglichen Gebilde in Feuchtigkeit und Winterkälte jahrelang vor dem Untergang zu schützen. Es gelang denn auch dem Verf., folgende entwicklungsgeschichtlichen Thatsachen über den Bacillus Anthracis festzustellen.

Die Bacillen vermehren sich im Blut und den plasmatischen Flüssigkeiten des lebenden Thieres ungemein schnell durch Verlängerung und Quertheilung. Eine Maus wurde mit einem minimalen Tröpfchen bacillenhaltiger Flüssigkeit inficirt, welches in eine kleine Schnittwunde am Schwanzwurzelrücken gebracht war. Nach dem Tode des Thieres, bei dem sich regelmässig die erheblich geschwollene Milz mit zahllosen glashellen unbeweglichen Stäbchen gefüllt zeigte und im Blut ebensolche Bacillen, nur in geringerer Anzahl, vorhanden waren, wurde von diesem weitergeimpft und so nach einander bis 20 Bacillengenerationen erzeugt, jede hervorgegangen aus wenigen Exemplaren und durch keine Formveränderung von der vorhergehenden unterschieden. Im Blute todter Thiere jedoch und in geeigneten Nährflüssigkeiten wachsen die Bacillen innerhalb gewisser Temperaturgrenzen und bei Luftzutritt zu langen leptothrixähnlichen Fäden aus unter Bildung zahlreicher Sporen. Diese Fäden können das mehr als Hundertfache der ursprünglichen Bacillen-Dimensionen erlangen, sie verlieren allmälig ihr glashelles Aussehen, der

Digitized by Google

Inhalt wird granulirt und in regelmässigen Abständen treten kleine stärker lichtbrechende Körnchen auf, die schliesslich zu länglich runden, in die Substanz der Fäden perlschnurförmig eingelagerten Sporen werden. Die Ueberzeugung, dass es sich hier nicht, wie in so vielen andern Züchtungsversuchen, um das gleichzeitige Auftreten fremder Formen handle, konnte durch eine sinnreiche Methode (cf. Original S. 284 f.) gewonnen werden, welche es möglich machte, die Aufeinanderfolge dieser Entwicklungsstadien in ihrem Entstehen direct zu beobachten.

Aus den Sporen entwickeln sich unter den richtigen Ernährungsbedingungen (Luft, Temperatur, Flüssigkeit) wieder die im Blut ursprünglich vorkommenden Bacillen. Jede Spore erscheint bei stärkerer Vergrösserung von eiförmiger Gestalt und in eine kugelige glashelle Masse eingebettet. Diese Masse verliert allmälig ihre Kugelgestalt und verlängert sich in der Richtung der Sporenlängsachse immer mehr, bis sie endlich fadenförmig wird, während die Spore blass und kleiner wird, zerfällt und schliesslich verschwindet. Aus diesen Fäden lässt sich wieder eine zweite Generation von Sporen erziehen.

Am schnellsten wachsen die Fäden bei 35°, langsamer bei geringeren Temperaturen, gar nicht mehr unter 12° und über 45°. Mikrospectroskopische Beobachtungen erwiesen die Abhängigkeit des Wachsthums vom gleichzeitigen Vorhandensein des Sauerstoffes. Die Nährflüssigkeit muss einen gewissen Gehalt von Eiweiss und Salzen haben, denn eine irgendwie stärkere Wasserverdünnung derselben hindert die Entwicklung.

Sporenhaltige Flüssigkeiten oder getrocknete Substanzen erzeugen immer wieder Bacillen im Blut und regulären Milzbrand. Daraus erklärt sich die Divergenz verschiedener Angaben, nach denen getrocknetes Milzbrand-Blut wirksam oder auch unwirksam sein soll. Wird das Blut (resp. Organ) rasch getrocknet, so kommt es nicht zur Sporenbildung, also auch nicht zur Weiterinfection, denn die Bacillen selbst sterben bald ab; bei langsamem Eintrocknen dagegen bilden sich in den todten Geweben und Flüssigkeiten die Sporen, deren Lebens- und Infectionsfähigkeit von so viel grösserer Lebenskraft und Dauer ist. (Sporenhaltiges Schafblut z. B. bewirkte noch nach 4 Jahren ausnahmslos bei jeder Impfung tödtlichen Milzbrand.)

Andere Schizophyten und ihre Sporen erzeugten wohl Septicämie, aber nie Milzbrand, während derselbe unfehlbar veranlasst wurde durch Impfungen, die einer reinen Bacillus Anthrax-Cultur entstammten.

Bei Mäusen und Kaninchen konnte weder vom Verdauungs- noch vom Respirationsapparat aus Milzbrand hervorgerufen werden, während diese Thiere gegen die Infection vom Säftestrom aus ganz enorm empfindlich sind. An zwei Hunden, einem Rebhuhn, einem Sperling und an Fröschen zeigte sich völlige Unempfänglichkeit für den Bacillus und seine Sporen.

Digitized by Google

Ueber die Aetiologie des Milzbrandes ist somit klar gelegt, dass das Contagium zweifellos an das Vorhandensein des Bacillus Anthrax oder seiner Sporen geknüpft ist. Die letzteren werden in weitaus der grösseren Reihe von Erkrankungen die Infection vermitteln, weil eine Uebertragung der Krankheit durch feuchte Bacillen in frischem Blut, ausser bei Schlächtern, wohl nur selten vorkommen wird. Die wirksamste prophylactische Gegenwehr gegen die Weiterzüchtung und Sporenbildung bei vorkommenden Thier-Epidemien verspricht sich der Verf. von der Anlegung 8—10 Meter tiefer, geräumiger Gruben, in deren constant niederer Temperatur diese schädlichen Organismen an der Fortentwicklung gehemmt werden. Lassar.

656. Ueber den Ursprung der hinteren Nervenwurzeln im Rückenmarke von Ammocoetes (Petromyzon Planeri). Von Sigm. Freud. (Aus dem LXXV. Band d. Sitzb. d. k. Akad. d. Wiss. zu Wien.)

Bei der grossen Unklarheit, die bisher noch über den Ursprung der hinteren Wurzelfasern herrscht, können die von Freud gefundenen Thatsachen jedenfalls grosse Aufmerksamkeit beanspruchen; denn wenn sie sich auch zunächst nur auf das Rückenmark von Ammocoetes (Uhle) beziehen, so ist, bei der unleugbaren Analogie im Baue des Rückenmarkes durch alle Wirbelthierclassen hindurch, wenigstens ein Fingerzeig für die Beurtheilung dieser Verhältnisse an höheren Wirbelthieren gegeben.

Es hat sich als sicher ergeben, dass diejenigen Zellen des Ammocoetes-Rückenmarkes, die wegen gewisser Analogien mit den Zellen der Hinterhörner anderer Thiere Hinterzellen genannt werden, Fortsätze besitzen, welche direct zu hinteren Wurzelfasern werden und das Rückenmark verlassen. — Wie die beigegebenen äusserst klaren Zeichnungen zeigen (Ref. hatte Gelegenheit, durch Vergleich mit den Präparaten des Verfassers sich von der vollständigen Naturtreue der Zeichnungen zu überzeugen), ist dieser Uebergang des Zellfortsatzes in die hintere Wurzelfaser so eminent in die Augen springend, so vollkommen unzweifelhaft, dass es kaum irgend eine Thatsache in der Histologie des Centralnervensystems geben dürfte, die in gleich unwiderleglicher Weise sich demonstriren liesse.

Es muss aber bemerkt werden, dass nach des Verf. Ansicht keineswegs alle hinteren Wurzelfasern auf solche Weise aus einer Hinterzelle hervorgehen; er ist vielmehr geneigt, noch eine zweite Art von Fasern in den hinteren Wurzeln anzunehmen, welche einen anderen Ursprungsmodus, etwa entsprechend dem Gerlach'schen Schema (aus einem feinen Fasernetze) besitzen. Obersteiner.

657. Ueber die Einwirkung erhöhter Temperaturen auf den Organismus. Von M. Litten. (Virch. Arch. 70.)

L. suchte Aufklärung über den Einfluss des wichtigsten Fieberfactors auf Meerschweinchen. Dieselben wurden einer Temperatur von

Digitized by Google

36° bei feuchter und 37° bei trockener Luft (durch 2 bis 6 Tage) ausgesetzt. Der letale Ausgang erfolgte durch Behinderung der Wärmeabgabe, also Steigerung der Eigenwärme. Es zeigte sich nun bei diesen (jedesmal abgemagerten) Thieren Verfettung des Zwerchfelles, der Intercostalmuskeln, des Herzens. Die CO_2-Ausscheidung fand L. bei seinen Versuchsthieren bis zu 50% und mehr herabgesetzt (Liebermeister und Leyden im Fieber vermehrt), was mit verringerter Sauerstoffaufnahme (durch Läsionen der rothen Blutkörperchen) zusammenhänge. Wird der Versuch nicht zu weit getrieben, so dass die Thiere sich erholen können, so nimmt die CO_2-Ausscheidung zu und verschwindet die fettige Degeneration. Da nun L. bei seinen Versuchsthieren nur Verfettung der Organe, nicht aber auch anderweitige parenchymatöse Degenerationen („trübe Schwellung") fand, so ist er nicht geneigt, diese letztere (wie Liebermeister) auch von der erhöhten Temperatur abzuleiten, sondern meint, es lägen ihr andere, unbekannte Ursachen zu Grunde.

Bettelheim.

658. Ueber den Stoffwechsel des Schwefels im Säugethierkörper. Von Dr. A. Kunkel. (Pflüg. Arch. Bd. 14. Heft 6.)

Durch frühere Untersuchungen (Ber. d. sächs. Gesellsch. 1875 Nov.) hatte Verf. dargelegt, dass das Taurin in der Taurocholsäure der Hundegalle von Umsatzproducten der in der Nahrung aufgenommenen Eiweisskörper abstamme. Neben dem Taurin findet sich jedoch noch ein schwefelsaures Salz in geringer Menge in der Hundegalle, im Mittel 0,003 Grm. Schwefel in 100 Cc. enthaltend, während der Gesammtgehalt der Galle an Schwefel 0,1 Gramm beträgt. Demnach macht die präformirte Schwefelsäure ca. 3% des gesammten Schwefelgehaltes aus. In dem zum Futter dienenden frischen Kuhfleisch, das auf 100 Gr. überhaupt 0,1825 Gr. Schwefel enthielt, betrug der im präformirten Salz vorhandene Schwefelgehalt nur 0,84% des Gesammtschwefels. Von dem Schwefel des Nahrungs-Eiweisses wird täglich ein von der Grösse der Zufuhr abhängiger Theil in der Galle ausgeschieden, jedoch der Art, dass der Procentsatz sich umgekehrt proportional zu der Quantität der Nahrung verhält. Während die Schwefelausscheidung im Harn von Anfang an parallel mit der Nahrungsmenge stieg, folgte die Vermehrung der Gallensecretion nach reichlicherer Fütterung erst am 2. oder 3. Tage. Ebenso documentirt sich Nahrungsentziehung erst nach einigen Tagen durch Verminderung der Menge und der Concentration der abgesonderten Galle.

Der grösste Theil des Eiweiss-Schwefels der Nahrung wird durch den Harn als schwefelsaures Salz ausgeschieden (60—70%), der Rest in anderer Bindungsform. Das relative Mengenverhältniss dieser beiden Ausscheidungsformen zu einander ist auch unter wechselnder Nahrungsmenge ein sehr constantes, wenn die Art der Nahrung dieselbe bleibt. Dagegen wird dies Verhältniss durch Aenderung des Futters verschoben.

Digitized by Google

Bei Hühner-Eiweiss z. B. wurde ein grösserer Theil des Schwefels direct als Schwefelsäure ausgeschieden. Eine kurze Versuchungsreihe schliesslich, die bei einem Hunde mit completer Gallenfistel angestellt wurde, ergab gleichfalls ein Ueberwiegen der Schwefelsäure im Harn und machte es somit wahrscheinlich, dass die in der Galle enthaltenen Sulfonsäuren als solche im Körper zusammenbleiben und im Harn ausgeschieden werden.

Lassar.

659. Ueber das Schicksal der Salicylsäure im thierischen Organismus. Von Dr. Richard Fleischer. (Deutsches Archiv für klinische Medicin, XIX. B., 1. Heft, S. 59.)

Bei der Discussion über das Schicksal der Salicylsäure im thierischen Organismus haben sich verschiedene Ansichten geltend gemacht. Während nach der einen Anschauung die innerlich genommene Salicylsäure an die Natronsalze gebunden, und auch als Salicylat zum grössten Theil wieder ausgeschieden wird, haben Feser und Friedberger die Hypothese aufgestellt, dass die Salicylsäure im Blute mit den Albuminaten eine Verbindung eingehe und erst nach deren Zersetzung kurz vor der Ausscheidung aus dem Organismus sich mit den Alkalimetallen verbinde. Ferner liegt eine Ansicht von Binz vor, der sich allerdings zum Theil der ersten Hypothese anschliesst, aber annimmt, dass die in den Geweben des Körpers frei werdende Kohlensäure im Stande sei, aus dem salicylsauren Natron im Blut Säure zu entbinden. Verfasser hat zur Lösung der Frage eine Reihe von chemischen und physiologischen Versuchen ausgeführt, in Betreff deren wir auf das Original verweisen müssen. Die hauptsächlichsten Ergebnisse der Arbeit lassen sich in den folgenden Sätzen wiedergeben: 1. Die Salicylsäure hat die Fähigkeit, Dinatriumphosphat in verdünnten Lösungen in der Weise zu zersetzen, dass neben neutralem salicylsauren Natron saures phosphorsaures Natron entsteht; nichts hindert uns, diese Beobachtung auf den thierischen Organismus, dessen Blut reich an diesem Salze ist, zu übertragen. 2. Die Salicylsäure wird im Blut an Alkalimetalle gebunden und als Salicylat wieder aus dem Harn ausgeschieden. 3. Gegenwart von kohlensauren Salzen im Blut scheint die Ausscheidung zu beschleunigen. 4. Eine Entbindung der Säure durch die in den Geweben frei werdende Kohlensäure findet nicht statt. 5. Die Annahme von Salicylsäure-Albuminatverbindungen im Blut ist unzulässig.

In Beziehung auf die Wirkungsart der Salicylsäure bei acutem Gelenksrheumatismus macht der Verfasser auf den Umstand besonders aufmerksam, dass das salicylsaure Natron, innerlich gegeben, nicht in so prägnanter Weise wirkt, wie die Salicylsäure; während doch auch letztere nur als Salicylat im Organismus cursirend zur Wirkung kommen kann. Der sogenannten alkalischen Behandlungsmethode, welche eine excessive Säurebildung im Blut, aus der die Polyarthritis rheumatica hervorgehen

Digitized by Google

soll, beseitigen will, steht die neue Behandlungsweise diametral gegenüber, da dieselbe die Alkalescenz nicht erhöht, sondern durch Bildung von saurem phosphorsauren Natron herabsetzt. Es liegt somit der Gedanke nahe, dass bei dem acuten Gelenksrheumatismus eine der bisherigen Annahme entgegengesetzte Beschaffenheit des Blutes vorliegt, die durch grosse Gaben Salicylsäure unter Bildung von saurem phosphorsauren Natron wieder beseitigt wird. Bei der Zufuhr von salicylsaurem Natron wird allerdings ein Theil des eingeführten Salzes durch den Magensaft zerlegt, doch mögen die frei gewordenen Mengen noch zu gering sein, um in genügender Weise wirken zu können. Loebisch.

660. Neue Versuche zu einer Lehre von der Schweisssecretion, ein Beitrag zur Physiologie der Nervencentren. Von Dr. B. Luchsinger in Zürich. (Pflüg. Arch. XIV, 369.)

Die Versuche sind an jungen, nicht ausgewachsenen Katzen angestellt, welche an den haarlosen Stellen ihrer Pfoten sehr leicht auf bestimmte Einwirkungen durch Schwitzen reagiren. Reizung des Ischiadicus mit tetanisirenden Strömen in kleinen Intervallen ruft — auch am amputirten Bein — Schweiss hervor, während nach Durchschneidung des Nerven, trotz des vermehrten Blutgehaltes, keine Spur von Schweiss an dem betreffenden Bein auftritt, unter Bedingungen, welche die unversehrten Pfoten in lebhafter Weise zum Schwitzen bringen. Demnach steht die Schweissecretion unter dem directen Einfluss von Secretionsnerven. Diese verlaufen im Bein mit dem Ischiadicus, dem sie sich aus dem Bauchstrang des Sympathicus zugesellen. Die nervösen Centra für die Schweisssecretion können in manchen Fällen durch reflectorische Erregung gereizt werden, stets aber durch künstliches Erhitzen des Thieres, durch Erstickung oder durch Nicotin-Intoxication. Lassar.

661. Beitrag zur Lehre über die Lymphgefässe der Haut des Neugeborenen. Von Prof. S. L. Schenk. (Mitth. a. d. embryolog. Inst. d. Univ. in Wien. Heft I, S. 38.)

Durch Einstichinjectionen (wässrige Lösung von Berlinerblau) in die Schamlippen von Neugeborenen oder Embryonen werden eine Reihe von Lymphgefässen sichtbar. Dieselben unterscheiden sich je nach ihrer Lage durch verschiedene Weite ihres Kalibers. Das oberflächliche Stratum hat engere, das tiefergelegene weitere Lumina. An vielen Stellen treten scheinbar kleine Seitenäste zu den feinern Lymphgefässen, eine genauere Untersuchung aber lehrt, dass diese Anhängsel als Extravasate der Injectionsmasse aufzufassen sind, welche durch präformirte Lücken des Röhrensystems zum Austritt gelangen. Das Quellgebiet für die Lymphe der Haut ist in den oberflächlichsten Schichten zu suchen, wo die bedeutende Anzahl von Gewebslücken in der Gefässwand den Eintritt der Gewebsflüssigkeit (resp. den Austritt der Injectionsmasse) begünstigt.
Lassar.

Digitized by Google

Kritiken und Buchanzeigen.

662. Die Entstehung der Gefahr im Krankheitsverlaufe. Mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose der Gefahr, ihrer Prophylaxe und Therapie. Von Dr. L. M. Politzer, a. o. Professor, Director des ersten öffentlichen Kinderkrankeninstitutes in Wien. Wien 1878. Wilhelm Braumüller.

Jeder Arzt, der obigen Titel liest, wird sich im vorneherein sagen müssen, dass der Autor des vorliegenden Werkes (si licet componere) die Geschichte von dem Ei des Columbus neu aufgeführt hat. Jeder Arzt wird unzähligemale bewusster oder unbewusster Weise die Wichtigkeit des vorliegenden Problemes empfunden haben, gewünscht haben, einen Leitfaden zu haben in der Frage, ob der Zustand seines Kranken im gegebenen Momente schon anfange, ein gefährlicher zu sein oder nicht? und was er dann zu thun oder zu unterlassen habe? Von den allermarkantesten, oft dem Laien selbst in die Augen springenden Fällen natürlich abgesehen, wird der Arzt häufig diese Fragen nicht beantworten können, ja, was viel mehr sagen will, dieselben zu stellen unterlassen. In den klinischen Vorlesungen und den Lehrbüchern wird diese Frage eben auch nur gestreift oder übergangen trotz ihrer überaus grossen, ja dominirenden Wichtigkeit für die Prognose und, wie der Verfasser gezeigt hat, manchesmal auch für die Therapie. Wenn es nämlich ein wahrer Satz ist, dass das Wirken des Arztes auch in im vorhinein verzweifelten Fällen Anerkennung findet, wofern er nur verstanden hat, den Gang der Krankheit in jeder Phase voraus zu erkennen, so gilt dies noch mehr und zumeist für den Moment der Gefahr in den Krankheiten.

Und gerade dieses für die Beurtheilung der Prognose so wichtige, in der Literatur nahezu ganz vergessene Problem hat Politzer in der eingehendsten Weise behandelt. Der Stoff hat sich ihm förmlich aufgedrängt, nachdem er — wie er selbst gesteht — an sich selber und an anderen, besonders jüngeren Aerzten erfahren hatte, in wie hohem Masse man sich über das Entstehen oder Bestehen einer Gefahr täuschen kann, wofür er mehrere schlagende Beispiele aufführt. Am Ende ist es in unserer ganzen, mit Recht vorwiegend auf der pathologischen Anatomie basirten Anschauung begründet, dass solche Momente der Gefahr vernachlässigt werden können — lässt sich doch eine pathologisch-anatomische Begründung für dieselben oft genug nicht finden. Und doch ist es z. B. eine eben so fest begründete Thatsache, dass man einen schon sehr geschwächten Organismus durch einen Esslöffel Ricinusöl in augenscheinliche Lebensgefahr bringen kann, wie ein vom Sectionstische zu holender Erfahrungssatz.

Fragen wir uns nun, wie der Autor dieses sein wichtiges und neues Problem gelöst hat, so wird sich dies am besten ergeben, wenn wir dem Gedankengange des Autors — in grossen Zügen natürlich — folgen.

Digitized by Google

Politzer zeigt zuerst die Wichtigkeit seines Unternehmens und erklärt die bisherige Vernachlässigung desselben: Der Schmerz ist etwas so Positives, dass über seine Existenz und die Angezeigtheit und Nothwendigkeit seiner Bekämpfung kein Zweifel bestehen kann, anders aber steht es eben mit der Gefahr in den Krankheiten. Im Grossen und Ganzen präcisirt er seine Aufgabe dahin: 1. Die Krankheiten von Seiten ihrer Gefahr zu untersuchen, die Eruirung einer eventuellen Gefahr zum integrirenden Bestandtheil der Diagnose zu machen. 2. Die Therapie zur Bekämpfung der Gefahr mehr und bewusster als es bisher geschah, zu verwerthen.

Da der Charakter der Gefahr in seiner höchsten Prägnanz in dem Collaps genannten Symptomencomplexe zu Tage tritt, so untersucht der Verfasser zuerst in seiner bekannten gründlichen Weise diesen, welcher ebenfalls bisher in der Literatur keine ausreichende und im Zusammenhange gegebene Beachtung gefunden hat. Besonders wird jene Form des Collapses, jene specifische Modification der Krankheit — Collaps im engeren Sinne nach Politzer — betrachtet, welche auch für feine, besonders aber für oberflächliche Beobachter als etwas Intercurrirendes, Episodisches, Disproportionales im Verlaufe der verschiedensten Krankheiten auftreten kann und als etwas häufig durch äussere Umstände im Verlaufe schwerer Krankheiten (psychische Erregung, Körperbewegung, Erkältung, deprimirendes Curverfahren, unangezeigtes Brechmittel etc.) Producirtes auch häufig vermieden werden könnte. Allen Collapsformen gemeinsam und zu Grunde liegend ist die Beeinträchtigung der Functionen 1. des Herzens und 2. der Centralorgane des Nervensystems.

Im weiteren Verfolge seiner Betrachtung des Collapses studirt P. die Vorgänge bei der Herzlähmung. Er benützt dabei, wie auch an zahlreichen anderen Partien seines Buches, stets die neuen und neuesten Lehren der Physiologie. Ist dies in unseren Augen einer der Reize und Vorzüge dieses Buches, dass wieder einmal eine so enge Beziehung zwischen den Arbeiten des Physiologen und des Arztes versucht und durchgeführt wird, so können wir doch nicht läugnen, dass der Autor sich dadurch öfter von dem abbringen lässt, was er zu bieten durch seine mustergiltig objective Vertiefung den pathologischen Erscheinungen am Krankenbette gegenüber vor allem berufen ist. Auch wird dabei oft auf nicht ganz festem Boden gebaut, wird die Discussion ohne Noth auf fremde Gebiete gelenkt und wird manches Bekannte nothwendigerweise recapitulirt. Doch geschieht dies immer mit Bezugnahme auf die Gegenstände, die Verf. eben abzuhandeln hat. So zeigt er, den Anschauungen Rosenthal's sich anschliessend, in welcher Weise Schwächung und Lähmung des Herzens in erster Linie auf das Athmungscentrum in der Medulla oblongata einwirkt, und welche beherrschende Rolle daher den Zuständen des Herzens in den Krankheiten und namentlich beim Collaps zukommt. Im Weiteren analysirt Verf. genau 1. die Vorgänge und Erschei-

Digitized by Google

nungen der Herzlähmung als ersten Factors des Collapses und 2. die primär geschwächte Thätigkeit der Medulla oblongata und die primären Lähmungszustände derselben.

Ad 1 wird die Beschaffenheit des für die frühzeitige Erkennung des beginnenden Collapses so wichtigen Pulses, ad 2 die des Respirationstypus ausführlich und eben so lehrreich als anregend beschrieben. Sehr eingehend schildert der Verf. mit der ihm als ausgezeichnetem Kinderarzt besonders eigenthümlichen Feinheit in der Beobachtung der kleinsten und anscheinend kleinlichsten Symptome den im Verlaufe solcher Herz- oder Medullalähmungen zu Stande kommenden abnormen Respirationstypus (hoch sublime und paradoxe Respiration). P. betont, dass diese Respirationsstörungen hiebei immer der Alteration der übrigen Innervationscentren vorausgehen. Diese Zeichen des Collapses (am Pulse und der Respiration) werden nun für alle fieberhaften Krankheiten studirt und dabei besonders ausführlich des Einflusses gedacht, den die hohe Körpertemperatur auf das Zustandekommen des Collapses hat. Bei aller Würdigung, die der Verf. diesem überaus wichtigen Factor des Charakters der Gefahr in den fieberhaften Krankheiten zu Theil werden lässt — ist er ja selbst in den letzten Jahren ein Anhänger der energischen, doch immer mit Ueberlegung gehandhabten hydriatischen Behandlung fieberhafter Krankheiten geworden — versteht und zeigt er doch, dass hohe Temperatur und Wesen des Fiebers keineswegs zu identificiren seien, und er citirt in weiterer Ausführung den Satz von Samuel: „Typhöse Symptome sind gewissen Krankheiten eigen, nicht gewissen Temperaturen." Ref. ist von dieser von P. ausführlich begründeten Anschauung um so befriedigter, als sie mit der von ihm (Ref.) in einer kleinen Arbeit vertretenen Ansicht durchaus zusammenfällt. — Die excessiv subnormale Temperatur ist übrigens ebenso gefährlich wie die hohe bei 43°.

Politzer geht sodann über zur speciellen Betrachtung des Verhaltens des Herzens und der Nervencentren in den einzelnen fieberhaften Krankheitsprocessen (Intermittens und ephemere Fieber, acute Exantheme in ihrer peracuten und typhösen Form und alle anderen fieberhaften Infectionskrankheiten). In der Schilderung dieser verschiedenen Krankheitsformen, welche der Verf. in allen ihren Variationen während seiner langen kinderärztlichen Praxis so vielfach zu beobachten Gelegenheit hatte, wird jeder ärztliche Leser viel Belehrendes und Aufklärendes finden. Namentlich warnt P. davor, die Erscheinungen bei der peracuten Form des Scharlachs etwa als Zeichen der Reizung und Excitation des Herzens und der Nervencentren anzusehen und zu behandeln, vielmehr haben dieselben den Charakter der Depression und müssen auch so behandelt werden! Gerade aus solchen Fällen und den bei denselben von den Aerzten begangenen Kunstfehlern erwuchs dem Autor die Einsicht, die Krankheiten nach dem ihnen eigenthümlichen Charakter der Gefahr zu beurtheilen, gerade da sah er die gröbsten Fehler in der Praxis begehen. Auch für die Therapie erhält der Leser hier schon sehr werthvolle Winke,

Digitized by Google

wie z. B. wenn Politzer, so sehr er, wie gesagt, Anhänger der vollständigen Antipyrese bei fieberhaften Processen, die Exantheme eingeschlossen, geworden ist, doch vor jeder hydriatischen Procedur im beginnenden Depressionsstadium (der peracuten Form der Variola z. B.) warnt etc. Kürzer werden die Collapsvorgänge bei Cholera, Dysenterie, Erisypel, beim Puerperalprocesse, bei den acuten fieberhaften Localaffectionen und endlich bei gewissen chronischen Krankheiten behandelt. Sodann werden besonders eingehend die Bedingungen discutirt, welche das Kinder- und Greisenalter als zu Collaps besonders befähigt erscheinen lassen. Die leichte Ausbildung des Collapses bildet ja eine specifische pathologische Eigenthümlichkeit des kindlichen Organismus. In dem Capitel über die Geneigtheit des Kindesalters zu Collaps vertieft sich die Arbeit Politzer's zu einer überaus lehrreichen Studie über den für Praxis und Theorie gleich wichtigen eigenthümlichen Stoffwechsel und den Körperaufbau des Kindes im Vergleiche zum Erwachsenen. Und auch in dem Capitel, worin Politzer zu erörtern sucht, wodurch denn eigentlich die fieberhaften Erkrankungen an sich den Körper herabbringen und zum Collaps geneigt machen — eine Frage, der man gewöhnlich als „selbstverständlich" nicht nahe tritt, wird der Leser eine Reihe frappirender Aufschlüsse und Anregungen bekommen. Nach Lecture dieses und des nächsten Capitels (die auslösenden Ursachen des Collaps) wird der ärztliche Leser seine fieberhaften Kranken mit ganz anderen, viel mehr in die Tiefe dringenden Augen betrachten und mit viel grösserer und selbstbewusster gewordenen Vorsicht vor Schädlichkeiten zu bewahren lernen. Um nur ein Beispiel aus vielen zu wählen, so ist es wohl bekannt genug, dass sehr geschwächte Reconvalescenten durch Erheben aus dem Bette, angestrengte Stuhlabsetzung u. dgl. plötzlich collabiren können. Politzer hat sich aber bemüht, den Grund für dieses Vorkommniss aufzufinden und hat ihn für den erwähnten Fall z. B. in dem „Gesetze der Mitbewegung unwillkürlicher Muskeln bei Anstrengung animaler" (nach Henle) gefunden.

In den folgenden Capiteln werden weiter höchst werthvolle Behelfe zur möglichst frühzeitigen Erkenntniss der ersten Anfänge der Gefahr in den Krankheiten gegeben und wird als Grundsatz aufgestellt, dass jede Krankheit von ihrem Beginne an wie durch ihren ganzen Verlauf fortwährend und unausgesetzt von dem Gesichtspunkte aus ins Auge gefasst werde, ob sie Erscheinungen darbiete, welche erkennen lassen, dass das Herz und die Nervencentren in irgend einer Weise in ihrer Thätigkeit und Energie sich durch die Wirkung der Krankheit beeinträchtigt, herabgesetzt oder gefährdet zu zeigen beginnen. Gerade in diesem Capitel wird der praktische Arzt eine Anleitung finden, die ihn tausendfältige Schwierigkeiten vermeiden lehren wird und wofür er dem Autor oft Dank wissen wird. Denn wenn auch das in diesem Capitel Gesagte auf Neuheit keinen Anspruch machen darf, so ist doch ein bewusstes Hinführen des Praktikers zu den Quellen, aus denen er entnehmen kann, wann Gefahr droht, noch

Digitized by Google

nirgends demselben geboten worden. Nicht blos die guten Freunde, auch die Lehrbücher haben die Gewohnheit, uns im Stich zu lassen, wo wir ihrer am dringendsten bedürfen — im Momente der Gefahr. Und gerade für diese Momente bietet uns der Autor hier seinen Rath an. Dieses Capitel sei darum allen praktischen Aerzten auf das angelegentlichste empfohlen, denn es ist für sie — „gravissimi momenti!"

Es hiesse die Grenzen dieser Anzeige überschreiten, wollten wir dem Autor noch weiter folgen. Es genüge deshalb noch die eine Bemerkung, dass Politzer sich nicht damit begnügt, die Gefahr und ihre Entstehung gezeigt zu haben, sondern, dass er in ausführlicher Weise die Mittel und Wege angibt, wie den Gefahren (auch in chronischen Krankheiten) vorzubeugen und wie ihnen therapeutisch zu begegnen ist. —

Sicherlich kann die vorliegende Studie nur als ein erster Anfang des eingehenderen klinischen Studiums der Gefahr in den Krankheiten angesehen werden, sicherlich werden sich die Schilderungen des Collaps und der Gefahr überhaupt noch weiter detailliren lassen, werden noch andere Formen des Collaps, die der Autor noch nicht bearbeitet hat, vorzunehmen sein, sicherlich kann namentlich manche theoretische Begründung bekämpft, manche andere kürzer gegeben werden, eben so sicher aber ist es, dass dem Autor das Verdienst gebührt, eine der allerwichtigsten Fragen der gesammten praktischen Medicin zuerst in umfassender Weise aufgeworfen und behandelt zu haben und so den praktischen Aerzten einen wahrhaft grossen Dienst erwiesen zu haben. Wir können darum auch denjenigen Aerzten, welche den schlechten Geschmack und die lobenswerthe Sparsamkeit haben, sich nur — Schulbücher zu kaufen, auf das ernsteste anrathen, dem besprochenen Buche gegenüber von dieser Sparsamkeit abzugehen. Sie werden dem Autor trotz mancher Längen der Darstellung Dank wissen — in allen gefahrdrohenden und gefahrvollen Fällen ihrer Praxis.

Bettelheim.

663. Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Von Dr. Ripping. (Stuttgart, Enke 1877, 139 S.)

Der Verfasser legt dieser Monographie die nicht unbeträchtliche Anzahl von 168 eigenen Fällen von Puerperalpsychosen im weitesten Sinne des Wortes zu Grunde. Von 780 weiblichen Kranken, welche im Verlaufe von 4 Jahren in der Irrenheilanstalt Siegburg aufgenommen wurden, war die Geistesstörung bei 168 während der Schwangerschaft, im Wochenbette oder während der Lactationsperiode entstanden. Es gehören daher 21·6% aller aufgenommenen Frauen in diese Gruppe, während ausnahmslos von allen anderen Beobachtern eine viel geringere Percentzahl angegeben wird. Diese Differenz kann verschiedene Ursachen haben: so pflegt man jetzt immer genauere Statistiken anzufertigen; jetzt wo die Vorurtheile gegen die Irrenanstalten mehr geschwunden sind, behält man die geisteskranken Frauen, vor Allem die im Wochenbette

Digitized by Google

erkrankten, nicht mehr wie früher fast durchgängig zu Hause; schliesslich scheint aber auch die sehr mangelhafte körperliche Entwicklung eines grossen Theiles der weiblichen Bevölkerung der Rheinprovinz Schuld an dieser relativ hohen Zahl zu besitzen.

Von diesen 168 Frauen erkrankten

während der Schwangerschaft	32 = 19%
im Wochenbette	89 = 53%
während der Säugungsperiode	47 = 28%.

Die meisten Erkrankungen fallen also in die Zeit des Wochenbettes.

Hinsichtlich der Aetiologie kommt der Erblichkeit die gleiche Bedeutung wie für die übrigen Psychosen zu; das Lebensalter scheint ebenfalls kaum besondern Einfluss zu äussern. — Hingegen sind es die mit den drei besprochenen Perioden einhergehenden Ernährungsstörungen. die langsamen oder raschen Aenderungen in den Circulationsverhältnissen des Gesammtkörpers — also des Gehirnes mit inbegriffen — welche den nächsten Anstoss zum Ausbruche der puerperalen Psychose geben werden. — Von den 168 in den verschiedenen Puerperiumsphasen Erkrankten trat die Psychose

als Melancholie	bei	107
als Manie	bei	58
als Delirium acut.	bei	1
als primärer Wahnsinn	bei	2 auf.

Weitaus am zahlreichsten sind also die Fälle von Melancholie. — Es ist selbstverständlich, dass im weiteren Verlaufe die Krankheitsform sich häufig änderte und in andere Formen überging.

Die Prognose ist nicht so günstig, wie dies von vielen Seiten behauptet wird; allerdings stellt sich noch immer der Percentsatz der Genesenen (42·8%) etwas höher als für die übrigen weiblichen Irren (37·5%). Weitaus die günstigste Prognose bietet die Puerperalmanie (62%), während nur 33·6% der Melancholischen genasen.

Es bewahrheitete sich wieder die Erfahrung, dass die Prognose um so günstiger ist, je kürzere Zeit von der Entstehung bis zur Aufnahme verflossen ist. Von den bei der Aufnahme weniger als 1 Monat Kranken genasen 63%, von denen, die über 7 Monate krank waren, nur 3·6%. — Auch zeigte es sich, dass bei nachfolgenden Anfällen der Krankheit die Prognose in der Regel günstiger ist, als bei dem ersten. Die grösste Zahl der Genesenden gelangt im Verlaufe von 6—8 Monaten zur vollständigen psychischen Gesundheit (schneller bei Manie als bei Melancholie). — Die Ergebnisse der pathologischen Anatomie sind vorderhand vollständig werthlos.

Die Behandlung hat als prophylactische die kräftige Ernährung der im Puerperium stehenden Frauen anzustreben. Auch nach dem Eintritte der Erkrankung wird es sich meist vor Allem darum handeln, die heruntergekommene Ernährung zu heben, etwa vorhandene Anämie zu

Digitized by Google

beseitigen. Bei hartnäckiger Abstinenz warte man nie zu lange (3, höchstens 4 Tage) mit der Einführung der Schlundsonde; im Falle als alles durch die Schlundsonde eingebrachte regurgitirt werden sollte, nützt es oft 5—6 Tropfen Chloroform der ersten eingeführten Speiseportion beizufügen. Im ärgsten Falle sind Ernährungsversuche durch Clysmata nicht zu unterlassen. Für die medicamentöse Behandlung sind wir hauptsächlich auf die Tonica hingewiesen; sobald Eisenpräparate vertragen werden, sind sie in der Regel am Platze. — Die Narcotica mögen nur mit grosser Vorsicht angewendet werden; besonders vor dem fortgesetzten Gebrauche derselben ist zu warnen. — Hingegen wird ein laues Bad (26°) von 10—15 Minuten Dauer häufig Ruhe und Schlaf herbeiführen. In Fällen von grosser Verlangsamung und Abschwächung der Circulation empfiehlt R. die kalten, nassen Einpackungen, täglich mehrere Stunden hindurch. —

Verfasser bespricht nun auch noch des Ausführlicheren gesondert die Psychosen der Schwangerschaft, des Wochenbettes und der Lactationsperiode der Reihe nach. Zu erwähnen wäre daraus, dass die Schwangerschaftspsychosen die ungünstigste, die nach der Entbindung entstandenen Geistesstörungen die günstigste Prognose geben.

Schliesslich werden in einer grösseren Reihe von Tabellen die gewonnenen Resultate übersichtlich zusammengestellt. Obersteiner.

664. Ueber die Wirkung des Wassers auf die gesunde und kranke Haut. Von Prof. Hebra in Wien. (Wr. med. Wochenschrift 1877, Nr. 1 und 2.)

Nach H. werden dem Wasser oft von Laien und Aerzten Wirkungen zugeschrieben, die weder den Principien der Wissenschaft, noch den praktischen Erfolgen entsprechen. Mit diesem Ausspruch sollen die Leistungen der Hydrotherapie weder kritisirt noch glorificirt werden. („Glorificirt" gewiss nicht, wie bald ersichtlich sein wird. Ref.) Verf. beginnt mit der Besprechung der Wasseranwendung auf die gesunde Haut, welche zum Zwecke der Reinlichkeit, Abhärtung und überhaupt in dem guten Glauben, damit etwas Heilbringendes zu thun, häufig geübt werde. Er sieht darin keinen „die Gesundheit fördernden Act" und tritt der Ansicht entgegen, dass man durch die mannigfaltigen Wassermanipulationen dem Menschen nie schaden könne. (Letzteres dürfte wohl auch kein rationeller Hydrotherapeut behaupten. Ref.)

Die hygienische Wichtigkeit des Bades sei aus folgenden „Gründen" anzuzweifeln: Millionen Menschen bleiben gesund und werden alt, ohne je gebadet zu haben; es fehle der statistische Nachweis dafür, dass Wasserproceduren vor Krankheiten schützen oder „eine grössere Widerstandsfähigkeit gegen diverse Uebel verleihen"; die Städter, welche viel baden, seien doch nicht gesünder, als die ungewaschenen Landbewohner. (Es hat noch niemand behauptet, dass der Städter mit dem Baden alle übrigen Schädlichkeiten des Stadtlebens beseitigen könne. Ref.)

Digitized by Google

Gegen zufällig unschädlich bleibende Wasserliebhabereien möge nichts eingewendet werden, „sobald aber die wiederholt gereizte Haut dagegen reagire", sei es Zeit, die Bäder zu sistiren. (Dies geschieht in jeder rationell geleiteten Wasserheilanstalt. Ref.)

Einfache Flussbäder oder Warmwannenbäder reizen die Haut nicht so, wie andere hydriatische Proceduren oder gar das forcirte Dampfbad. Die vor Zeiten als kritische Erscheinungen erwünschten Furunkeln seien doch nichts als schädliche Folgen der Wassereinwirkung. (Das ist der modernen Hydrotherapie nicht unbekannt. Ref.)

Für die schädliche Wirkung des Wassers auf die gesunde Haut sprechen hauptsächlich jene artificiellen Eczeme, welche sich viele Leute der arbeitenden Classe durch oftmalige Manipulation mit Wasser zuziehen; ferner die Badeausschläge, welche in allen Curorten zur Beobachtung gelangen; endlich das Eczema marginatum, welches beinahe ausnahmslos durch den Gebrauch nasser Leibbinden erzeugt werde, besonders wenn nicht gewisse Cautelen beobachtet werden. (Diese Cautelen sind der Methodik des Wasserheilverfahrens ganz geläufig; demzufolge kommt das Eczema marginatum auch nur äusserst selten vor, höchst wahrscheinlich nur bei der hiezu disponirten Haut. Das Aussetzen der localen Procedur genügt oft genug, das Eczem zum Verschwinden zu bringen. Ref.)

Die irritirende Wirkung des Wassers werde sich um so häufiger und intensiver an der bereits kranken Haut zu erkennen geben; zur Erkrankung disponirter werde die Haut erfahrungsgemäss „durch was immer für wiederholt angewendete Reize, z. B. durch Druck". Was nun vom Drucke auf die Haut gelte, habe auch bei der Wasseranwendung seine Geltung. (Wohl nicht ganz. Beispielsweise haben die Hydrotherapeuten mit Decubitus beim Typhus fast niemals zu thun. Ref.) Die hydriatischen Proceduren machen den Menschen nicht gesünder, schützen denselben nicht vor Krankheiten, sondern setzen in der Haut einen pars minoris resistentiae, machen dieselbe viel empfindlicher und erhöhen die Disposition zur Aufnahme von Schädlichkeiten. (Etwa durch die Haut? Dafür fehlt der experimentelle und für das frühere — wenn man mit Verf. reden will — der statistische Nachweis. Hingegen steht andererseits auf Grundlage tausendfältiger Erfahrungen glaubwürdiger Aerzte fest, dass die Pflege und Kräftigung des Hautorgans ein Prophylacticum gegen katarrhalische und rheumatische Affectionen und ein ganz besonderes Schutzmittel zur Zeit von Epidemien sei. Ref.)

Als Hauptagens, wodurch das Wasser den Reiz auf die Haut ausübe, betrachte man häufig die Temperatur desselben und täusche sich, indem man bezüglich der Einwirkung auf die Haut streng zwischen kalten und warmen Badeformen unterscheide.

(Bei aller Respectirung der Annahme von der Identität der Reize dürfte doch für die verschiedenen Temperaturen eine Differenz vor allem aus der bestimmt gegebenen Bluttemperatur resultiren. Die Kälteempfin-

Digitized by Google

dung erleidet nämlich, wie Röhrig in seiner „Physiologie der Haut“ pag. 200 sagt, an den sensibeln Nervenenden durch den Austausch des einströmenden wärmeren Blutes eine beständige Abschwächung, während bei der äusseren Wärmezufuhr ein ähnliches entsprechendes Abkühlungsverhältniss selbstverständlich fehlt. Der Kältereiz wird demgemäss von den sensiblen Nerven viel länger vertragen, als der Wärmereiz. Wärme und Kälte erzeugen im ersten Momente der Einwirkung eine Contraction der Blutgefässe der Haut. Allein dieser Primärwirkung folgt bei der Wärme sofort eine Gefässerschlaffung. Hingegen „ist die Möglichkeit, dass auch die Kälte bei sehr lange fortgesetzter Einwirkung in die entgegengesetzte Wirkung der Gefässerschlaffung und Congestion umschlage, niemals zu befürchten. Nur darf man nicht vergessen, dass nach dem Aussetzen der Kälte unausbleiblich eine sehr ausgesprochene Gefäss-Erschlaffung eintritt“. Dem Gesagten zufolge muss der Zustand „der beiden Hautmuskelsysteme, der Vasomotoren und der Muskeln der Hautbälge“ wenigstens während des kalten und warmen Bades ein höchst verschiedener sein. Ref.)

Die Umschläge wirken auf entzündete Hautstellen ganz gleich, ob man sie kalt oder warm in Gebrauch ziehe. Ob bei Erysipelen, Furunkeln, Anthrax die einen oder die anderen angewendet werden, der Verlauf bleibe derselbe. Verf. habe versuchsweise Furunkeln und Anthraces (es fällt auf, dass das Experiment nicht auch beim Erysipel gemacht wurde. Ref.) mit Eisbeuteln und heissen Kataplasmen behandelt und ganz gleiche Erfolge erzielt, so dass er sich gegenwärtig nur durch die subjective Empfindung des Kranken leiten lasse. (Damit dürfte das, was in Hebra's Lehrbuche der Hautkrankheiten pag. 247 steht, nicht ganz übereinstimmen. „Bei der vergleichsweisen Behandlung hat sich der Kranke jedesmal für die Anwendung der ihm wohlthuenden Kälte ausgesprochen, wofür auch der schnellere Verlauf und die Begrenzung der phlegmonösen Entzündung spricht.“ Ref.)

Von den Einpackungen gelte dasselbe wie von den Umschlägen, d. h. es sei ganz gleich, ob das Leintuch hiezu früher in warmes oder kaltes Wasser getaucht worden sei. (Dass doch ein Unterschied obwalte, dürfte nebst anderem die im Stadium asphycticum der Cholera gemachte Beobachtung lehren, dass nämlich auf Einpackungen mit in Eiswasser getauchten gänzlich ausgewundenen Tüchern eine weit mächtigere Reaction eintritt, als auf jene mit in heissem Wasser getränkten Laken. Ueberdies kann man mit hohen Temperaturen, deren Reizwirkung der des kalten Leintuches adäquat wäre, aus mehreren auf der Hand liegenden Gründen schwer manipuliren. Ref.) Ebenso sei, sagt H., die Wirkung kalter und warmer Bäder auf die Haut eine identische.

Wenn man nämlich seine eigene Haut oder die eines anderen nach einem warmen oder kalten Bade betrachtet, so werde man sie in beiden Fällen geröthet finden. (Ausnahmen von dieser Regel dürfte es genug

Digitized by Google

geben. Wer Wärmezufuhr nöthig hat, dessen Haut wird gewöhnlich nicht nach einem kalten Bade, hingegen nach einer kalten ausgewundenen kräftigen Abreibung eine Röthung darbieten, wie nach einem warmen Bade. Bei den hydriatischen Proceduren spielen die Temperatur und die Menge des Wassers, sowie die Anwendungsweise und die Dauer eine wichtige Rolle. Ref.)

Die reizende Wirkung des Wassers müsse demnach (? Ref.) nicht in dessen Wärmegraden, sondern in anderen physikalischen Eigenschaften gesucht werden. Da sei vor allem die erweichende und macerirende Eigenschaft des Wassers hervorzuheben. Das Wasser entferne die unbelebten Oberhautschichten und reize nun die untergelagerten belebten Epidermisschichten, die nie blossgelegt werden, selbst wenn monatelang gebadet werde. (In diesen untergelagerten Epidermisschichten findet eine bestimmte Imbibition, nicht zu verwechseln mit Resorption, statt, wie Clemens, Neubauer und Andere nachgewiesen haben. Diese Imbibition hat für den Erregungszustand der Hautnerven eine hohe Bedeutung. Es ist doch mehr als wahrscheinlich, dass diese Imbibition bei kaltem und warmem Wasser eine sehr verschiedene sein wird. Ref.) Auf die Reizung der belebten Epidermis beruhe die Anwendung des Wassers zur Heilung von Hautkrankheiten. — Nun folgen die Gegenanzeigen und Anzeigen, wie sie als Lehren des grossen Meisters weltbekannt sind.

Zum Schlusse wird noch Einiges über die Dauer von Bädern bemerkt. Entweder vermochte Ref. dem Gedankengange des Verfassers nicht zu folgen, oder aber letzterer ist in Widerspruch mit seinen Eingangs erwähnten Behauptungen gerathen. Hier wird nämlich eine ganze Reihe von Menschen vorgeführt, die fast ununterbrochen „im kalten Wasser verweilen oder andauernd durchnässt werden, ohne von diversen Krankheiten befallen zu werden". Daraus wird aber nicht der mächtige Einfluss dessen, was man Gewohnheit nennt, deducirt, denn dies würde doch die früher zurückgewiesene Abhärtungstheorie rehabilitiren; sondern im Gegentheile eine derartige Deduction als irrig hingestellt.

Die noch so lange Dauer des kalten Bades, sagt H., sei etwas ganz Irrelevantes, und jede (? Ref.) Hydrotherapie fieberhafter Krankheiten habe bereits alle praktische Bedeutung eingebüsst. (!! Ref.) (Es ist höchst auffällig, dass die wissenschaftlich erwiesene Bedeutung der Haut als wärmeregulatorisches Organ vom grössten derzeit lebenden Dermatologen geleugnet wird. Ref.) Die Dauer des Aufenthaltes im warmen Bade sei ebenfalls ganz gleichgiltig, denn die Functionen des Menschen gehen nach H. im continuirlichen warmen Wasserbade gerade so von Statten, wie ausserhalb desselben. (Diese Behauptung weicht in etwas von jener im Lehrbuche des Verfassers, pag. 224, aufgestellten ab. Weiters legen andere angesehene Autoren bekanntlich der Per- und Transpiration, welche in einem solchen Falle doch nicht unverändert bleiben dürfte, eine höhere Bedeutung als H. bei. Ref.) Baum.

Digitized by Google

665. Handbuch der Kinderkrankheiten. Herausgegeben von Prof. Dr. C. Gerhardt. 2. Band. Tübingen 1877.

Der 2. Band des Sammelwerkes, dessen 1. Band wir bereits gewürdigt haben, enthält Krankheiten der Neugeborenen und acute Infectionskrankheiten.

Die Asphyxie hat in Prof. Dr. B. J. Schulze, der durch ausgezeichnete Arbeiten über diesen Gegenstand bekannt ist, einen sehr berufenen Bearbeiter gefunden.

Dieses Capitel wird gewiss zu den besten des Handbuches gehören und trägt neben sehr eingehenden und interessanten, theoretischen Auseinandersetzungen den Charakter einer vortrefflichen klinischen Auseinandersetzung.

Im 2. Capitel behandelt Prof. Hennig, und zwar im Gegensatze zu seiner historischen Arbeit im 1. Bande, sehr gründlich die Lehre von der Kopfblutgeschwulst. Zwei gute Abbildungen sind der Arbeit beigedruckt.

Die Krankheiten des Nabels und das Scleroma neonatorum, von demselben Autor, erfüllen die Aufgabe, ein verständliches und umfassendes Bild dieses Theiles der Pathologie zu liefern, ganz gut.

Die Puerperalinfection und die acute Fettentartung und der Icterus der Neugeborenen von Prof. Dr. O. Müller behandelt. Diese Arbeiten tragen sehr prägnant und im besten Sinne das Merkmal der Selbstständigkeit an sich. Sie sind um so werthvoller, als namentlich die 2 erstgenannten höchst wichtigen Capitel fast in allen Lehrbüchern über Kinderkrankheiten mehr weniger vernachlässigt sind.

Die acuten Exantheme, Blattern, Scharlach, Masern und Varicellen hat Prof. Bohn beschrieben.

Seine Abhandlungen zeichnen sich dadurch aus, dass man ihnen die eigene gute Beobachtung und die zutreffende Kritik fremder Arbeiten anmerkt.

Auf vollständige Bewältigung des grossen Materials können sie nicht Anspruch machen, was aber, mit Rücksicht auf die Zwecke des Handbuches, eher ein Vor- als ein Nachtheil ist.

Bezüglich der Differentialdiagnose der Variola und des Typhus bemerkt Bohn: Mit acut einsetzendem Typhus kann die Variola, wenn man sich des Thermometers bedient, nicht verwechselt werden.

Diese Bemerkung, die sicher im Allgemeinen richtig ist, veranlasst mich, aus einer Typhuscurve eines 9 Jahre alten Knaben, bei dem ich allerdings in den ersten 2 Krankheitstagen den Verdacht auf Variola hatte, einige Ziffern mitzutheilen.

11. Dec. 10 Uhr Vorm. nach vorausgegangener ruhiger Nacht: Erbrechen, Frost. 11 Uhr 39·8 Achseln., bis auf kleine Schwankungen (9 Messungen an diesem Tage) bleibt die Temperatur in dieser Höhe, Maximum am Abende 5 Uhr 40° C., am nächsten Morgen 5 Uhr Früh 39·1° C.

Digitized by Google

Am 2. Krankheitstage von $1^3/_4$ Nachts bis wieder 12 Uhr Nachts 17 Messungen, nur Vormittags $10^1/_2$ Uhr 38° C., bei allen übrigen Messungen 39° C. und darüber bis 40° C.

Aehnliches Verhalten der Temperatur am 3. Tage.

Dabei klagte der Knabe über grosse Abgeschlagenheit, Kreuzschmerzen. Keine Spur eines Exanthems. Am 3. Krankheitstage Milzschwellung, am 4. Tage completes Bild eines Typhus. Entfieberung in der 3. Woche; im Ganzen leichter Verlauf. Die Akme der Temperatur ist am 5. Krankheitstage überschritten. Bei der Behandlung der Variola redet Bohn dem Xylol, 0·5—1·0 pro die, das Wort.

Bezüglich der Scharlachdiphtherie erklärt der Autor kurz und bündig: Die mit Scharlach verbundene Diphtherie ist kaum anders als die gewöhnliche. Bewiesen hat er es nicht. Unzweifelhaft ist wohl nur, dass echte Diphtherie den Scharlach compliciren kann, etwa so wie die Masern.

Dr. A. Emminghaus ist es wohl nicht schlecht gelungen, für die Existenz der Rubeolen als einer selbstständigen Krankheit einzutreten.

Ich selbst hatte dieser Angelegenheit gegenüber lange mich reservirt gehalten.

Nüchterne Beobachtung und günstige äussere Umstände haben mich an diese Selbstständigkeit glauben gelehrt. Dr. Emminghaus aber entwickelt stellenweise eine polemische Gereiztheit, die in den Charakter eines Handbuches nicht ganz gut passt.

Die Abhandlung: „Typhen" von den Professoren C. Gerhardt und Oscar Wytt, welche den Typhus abdom. (Gerhardt) und exanthematicus (Wytt) enthält, stehen wir nicht an, in jeder Beziehung für mustergiltige klinische Monographien zu erklären.

Ueber den „Rückfalltyphus" (Wytt) und die Meningitis cerebrospinalis epid. (Emminghaus) müssen wir in unserem Urtheile zurückhaltend sein.

Wir haben absolut keine Gelegenheit gehabt, diese Krankheit anders als aus der Literatur kennen zu lernen.

Das Capitel über „Keuchhusten" von Prof. Dr. E. Hagenbach trägt allen über dieses Thema erschienenen, berücksichtigungswerthen Arbeiten Rechnung. Hagenbach's Definition: „Der Keuchhusten ist Katarrh bestimmter Theile der Respirationsschleimhaut, mit dem die Einwanderung eines Pilzes verbunden ist; von diesen Stellen wird durch Reizung der Endspitzen des n. laryng. sup. reflectorisch der Keuchhustenanfall hervorgerufen", weicht der Entscheidung in der Pilzfrage vorsichtig aus.

Wir müssen constatiren, dass H. diese Pilzfrage durchaus nicht entschieden ablehnt, nicht einmal die Berechtigung derselben kritisch prüft.

H. erklärt sich für einen entschiedenen Freund der localen Therapie beim Keuchhusten, insbesondere empfiehlt er Insufflationen des Kehlkopfes

Digitized by Google

mit: chinin. mur. 0·01—0·015, Natri bic. 0·015, Gummi arab. 0·25. Die Einblasungen sollen täglich wenigstens einmal vorgenommen werden.

Dr. A. Monti schliesst dem Handbuche seine von früher her bekannte Choleraarbeit an, welche, wie er selbst sagt, nur den eigentlichen pädiatrischen Theil der Cholerafrage berührt.

Diese „wissenschaftliche" eigene Arbeit stellt Dr. Monti sehr bescheiden und scharf meinem „kurzen Berichte" über die Choleraepidemie des Jahres 1866 gegenüber.

Ich begnüge mich auch gerne damit, eine „klinische" Arbeit geliefert zu haben und freue mich darüber, dass Monti mich werthgehalten, mit derselben ab und zu zu polemisiren.

Ich wäre wohl sogar so kühn zu behaupten, dass Widersprüche gegen Monti's Beobachtungen noch immer geduldet werden können, vielleicht findet er oder ich in der nächsten Choleraepidemie Einiges anders als im Jahre 1866. Sehr wahrscheinlich wird er finden, dass die Cholera bei Säuglingen doch sehr rasch verläuft, dass die Temperaturmessungen bei der Cholera keine wesentliche klinische Bedeutung haben, und ich werde auch sehr wahrscheinlich dann Manches anders sehen, als von dem ich im Jahre 1866 „berichtet" habe, weil ich es damals sehr gut gesehen habe.

Monti's Arbeit über Cholera ist übrigens sehr gut und der Autor wird mir es nicht übel nehmen, wenn ich hinzufüge, weil sie auf guter klinischer Beobachtung basirt.

Von der „Wissenschaftlichkeit", insoferne sie einen Gegensatz bilden soll zur guten klinischen Darstellung, allenfalls indem sie neue Gesichtspunkte in irgend einer Beziehung eröffnet, habe ich darin nichts finden können.

Die Capitel über febris intermittens von Bohn und Parotitis epidemica von Leichtenstern zeichnen sich dadurch aus, dass darin enthaltene Details, auf besonders feiner und reichlicher Beobachtung basirend, auch das Interesse des Lesers erregen, der die gewöhnlichen Krankheitsbilder kennt.

Der Band schliesst mit den Abhandlungen von Jacobi über Diphtherie und Dysenterie.

Auch hier zeigt sich Jacobi als der bewunderungswürdige, fleissige Schriftsteller, der Alles zusammengetragen hat, was je über diese beiden Krankheiten Pädiatrisches geschrieben worden ist und der darüber in verständlicher Weise auch treu berichtet, so dass man über den Stand der Fragen sehr gut unterrichtet wird.

Was speciell die Diphtherie betrifft, so können wir doch in keiner Beziehung behaupten, dass Jacobi irgend eine der an die Krankheit sich knüpfenden Fragen präciser beantwortet, als frühere Autoren.

Hervorzuheben ist, dass J. das Auftreten der von unten aufsteigenden Tracheobronchitis diphth. öfter beobachtet hat. Bezüglich der Frage,

Digitized by Google

ob die Diphtherie eine primäre allgemeine Krankheit oder eine primäre Localkrankheit sei, erklärt er: „Wohl mag es Fälle geben, in denen eine örtliche Infection der Haut oder einer Wunde die (alleinige oder eine) mitwirkende Ursache der individuellen Krankheit ist; und wohl gibt es Fälle (sehr viele, Ref.), in denen das den Rachen passirende Gift örtliche Erscheinungen macht, bevor der Organismus im Ganzen vom Blute aus ergriffen wird. Aber im Grossen und Ganzen ist die Diphtherie als eine Allgemeinerkrankung aufzufassen, welche örtliche Erscheinungen in ähnlicher Weise zu Stande bringt", wie Scharlach, Masern, Typhus.

Der Standpunkt Jacobi's ist gewiss nicht unbequem.

In der Pilzfrage ist der Autor vorsichtig reservirt.

Die Behandlung der Diphtherie wird von Jacobi sehr ausführlich auseinandergesetzt und wer sich durch gute Beobachtungen vor Selbsttäuschung zu bewahren versteht, wird mit den vom Autor festgestellten Principien und den von ihm mitgetheilten Erfahrungen sich einverstanden erklären müssen.

Ausführlichkeit und nüchterne Kritik, Präcision in der Aufstellung der Indication für die einzelnen Medicamente zeichnen auch den therapeutischen Theil von Jacobi's „Dysenterie" aus.

Im Ganzen muss man sagen, dass der 2. Band des Handbuches alle billigen Erwartungen in ausgezeichneter Weise erfüllt und es wahrscheinlich macht, dass die ganze Gerhardt'sche Unternehmung Gelegenheit bieten wird, die Pädiatrik in einer Weise zu studiren, wie sie durch kein pädiatrisches Werk irgend einer Literatur geboten worden ist.

Eisenschitz.

666. **Medicinische Diagnostik.** Mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnostik. Von Dr. J. Hermann Baas. Mit 40 Abbildungen in Holzschnitt. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1877.

Der überaus fleissige Autor hat es in diesem Buche unternommen, die wichtigsten Schlagworte der Diagnostik sämmtlicher inneren Krankheiten und aller gebräuchlichen Untersuchungsmethoden zusammenzustellen. Begreiflicher Weise konnte also nur ein Leitfaden gegeben werden, der jedoch in gewissen Capiteln der physikal. Untersuchung, namentlich in solchen, in denen der Verf., wie unsere Leser wissen, einen originellen Standpunkt einnimmt, etwas breiter gehalten ist. Demnach wird das fleissig gearbeitete Buch dem Studirenden zur kurzen Recapitulation und manchen physikalischen Lehrern der Untersuchungsmethoden zur Controle erwünscht sein, ob sie nicht das oder jenes beim Vortrage übergangen haben. In diesem Sinne können wir das Buch denn auch empfehlen. Bettelheim.

667. **Lehrbuch der gerichtlichen Medicin.** Mit besonderer Berücksichtigung der österr. und deutschen Gesetzgebung. Von Dr. Eduard Hofmann. Erste Hälfte (Bogen 1—20). Wien, 1877. Urban & Schwarzenberg.

Professor Hofmann, dem die Aufgabe zugefallen ist, dem Studium

Digitized by Google

der gerichtlichen Medicin in Wien einen neuen Impuls zu geben, liefert in dem vorliegenden Werke ein Lehrbuch dieser Disciplin, das auf Grundlage eigener Erfahrung, wie einer reichen Literaturkenntniss verfasst ist.

Der formelle Theil des Buches, oder wie Andere sagen würden der allgemeine Theil, handelt zunächst von den in Oesterreich und Deutschland geltenden gesetzlichen Bestimmungen, die sich auf die Heranziehung von ärztlichen Sachverständigen zu Gerichtszwecken beziehen. Dabei werden zugleich die Entwürfe des neuen österreichischen Strafgesetzbuches und der neuen Strafprocessordnung für das deutsche Reich berücksichtigt und daran anschliessend die Thätigkeit des Gerichtsarztes bei Vornahme des Augenscheins, dann bei der Hauptverhandlung, auseinandergesetzt.

Der darauffolgende sachliche Theil behandelt — so weit bis jetzt das Werk gediehen ist — die gerichtsärztlichen Themen: Zeugungsfähigkeit, gesetzwidrige Befriedigung des Beischlafes, die Schwangerschaft und Geburt, und theilweise auch die gewaltsame Beschädigung.

Ueberall trifft man auf die neueste Fachliteratur, und was besonders hervorzuheben ist, auch auf die einschlägigen Ergebnisse der Hilfsdisciplinen, z. B. der Physiologie. Es fehlt aber auch nicht an vielfachen eigenen Untersuchungen, z. B. über das Hymen, die Rolle des Uterus bei der Conception etc., welche im Vereine mit einer eingestreuten knappen Casuistik aus der Praxis des Verfassers das Buch weit über das Niveau der Compilation heben.

Druck und Papier sind hübsch. Popper.

668. **Das Buch von der gesunden und kranken Frau.** Von Dr. med. Ernst Kormann. Erlangen, 1877. Eduard Besold.

Das vorliegende Buch, das gebildeten Frauen und Müttern ein Vademecum in Schwangerschaft und Wochenbett, später aber eine Belehrung über Kinderpflege bieten soll, fällt nur insoferne in das Gebiet des Referenten, als eine vernünftige Lebensweise und Erziehung mit zu den Zielen hygienischer Bestrebungen gehören. Ganz speciell gilt das Letztere von der Ernährung der Kinder im frühesten Lebensalter, welche schon vermöge ihres anerkannten Einflusses auf die Höhe der Säuglingssterblichkeit, nicht blos für die Pädiatrik, sondern auch für die private und öffentliche Gesundheitspflege von Interesse ist.

In dieser Richtung stellt Verfasser (früher Docent für Geburtshilfe und Gynäkologie in Leipzig) populäre und fasslich gehaltene Forderungen auf, deren Inhalt mit den Anschauungen der heutigen wissenschaftlichen Medicin wie mit der praktischen Erfahrung im Einklange steht, und verbreitet sich ausführlich über die neueren Hilfsmittel der Kinderernährung, die ja in unseren grossen Städten eine täglich steigende Bedeutung gewinnen. Die condensirte Schweizer Milch, die Liebig'sche Suppe, die Extracte von Löflund und von Liebe, das Nestle'sche Kindermehl, die Leguminose von Hartenstein und noch manche andere hierhergehörige

Digitized by Google

Milchsurrogate werden nach Zusammensetzung, Werth- und Gebrauchsweise dem Leser in durchaus verständlicher Weise vorgeführt und es mag dafür die Stelle auf S. 198, die Hartenstein'schen und Eisenacher Präparate betreffend, als Beleg dienen:

„Das unter dem Namen Leguminose (Kraftsuppenmehl) von Hermann Hartenstein und Co. in Niederwiesa bei Chemnitz bereitete Pulver besteht aus Erbsen-, Bohnen- und Linsenmehl und übertrifft dabei erheblich die Zusammensetzung der zu schwindelhaften Preisen verkauften Revalescière du Barry. Die Leguminose wird in 4 verschiedenen Formen bereitet, welche dasselbe Verhältniss ihrer stickstoffhaltigen zu den stickstofffreien Substanzen darbieten, wie es in der Muttermilch, in der Kuhmilch, in der einfach gemischten Kost Erwachsener, oder im Ochsenfleische vorhanden ist. Nr. 1 entspricht der Muttermilch und dient zur Ernährung von Säuglingen von 2—3 Monaten, Nr. 2 entspricht der Kuhmilch und wird von Kindern von ca. 6 Monaten gut vertragen. Der Preis pro Pfund beträgt 1 Mark 50 Pfennige.

Das von der deutschen Warte für Gesundheitspflege zu Eisenach in den Verkehr gebrachte Nährpulver, wird unter dem Namen: „Kraft und Stoff, diätetisches Hülsenfrüchtenmehl" zum Preise von 1 Mark 30 Pf. pro Pfund abgegeben. Es ist ausserordentlich fein pulverisirt, schmeckt etwas angenehmer als das Hartenstein'sche Präparat, aber immer noch stark nach Erbsen. Der Nährwerth ist ein sehr hoher und kommt dem des Fleisches ziemlich nahe. Das Präparat eignet sich nur zur Ernährung grösserer, ungefähr 6monatlicher Säuglinge und wird besonders gut genommen, wenn man dem bereiteten Getränke, ebenso wie dem aus Leguminose, 1—2 Theelöffel guter Sahne zusetzt. Man quirlt auch von diesen Stoffen 1 Theil erst auf 10 Theile kalten Wassers ein und kocht dies unter Umrühren eine halbe Stunde lang, ehe man die Sahne zusetzt. Sollen die genannten Stoffe als Suppen dienen, so kann man sie in Fleischbrühe kochen und ihren Geschmack an den verschiedenen Tagen durch Zuthat verschiedener Küchenkräuter ändern (Möhren, Kümmel, Petersilie). Sollte gute Fleischbrühe nicht immer zu haben sein, so lässt sich dieselbe Güte, leider aber nicht derselbe Geschmack durch Zusatz von Fleischextract erzielen. Des brenzlichen Geschmackes wegen verweigern einzelne Säuglinge die so bereitete Suppe." Popper.

669. Allgemeine und specielle Gewerbe-Pathologie und Gewerbe-Hygiene. Von Dr. Alexander Layet, deutsch von Dr. Friedrich Meinel. Erlangen 1877. Eduard Besold.

Wenn auch die deutsche Literatur in den Werken von Hirt und Eulenburg zwei ausgezeichnete Bücher über Arbeiterkrankheiten und Gewerbehygiene besitzt, so ist daneben doch recht wohl Platz für ein compendiöses Nachschlagebuch, das vorzugsweise für beschäftigte Aerzte und gebildete Industrielle berechnet ist.

Digitized by Google

In dem von Meinel übersetzten Buche des Dr. Layet, Professors an der Schule für Schiffsärzte zu Rochefort, wird in der That dem Leser ein solches bequemes, handliches Compendium geboten, das in Wörterbuchform eine recht vollständige Uebersicht der professionellen Erkrankungen gibt und auf die Mittel zu ihrer Verhütung, oder doch mindestens Verminderung hinweist.

Dabei sind die vielfachen Erfahrungen, die in einem so eminenten Industrielande, wie Frankreich, in dieser Richtung gemacht worden sind, dem Buche zu Gute gekommen. Es zerfällt in einen allgemeinen und in einen speciellen Theil.

Der erste bespricht die Schädlichkeiten in den Gewerben überhaupt, also z. B. Muskelzerreissungen, Hautaffectionen, professionelle Schleimbeutel, Fingerkrämpfe, Varices, Augenleiden u. s. w., den Einfluss der Arbeiterwohnung, der Werkstätte, des Maschinenbetriebs, der Kinderarbeit und schliesslich die Mittel zum Schutze.

Der zweite Theil handelt von den einzelnen Professionen, also den dem besonderen Materiale oder der Bearbeitungsweise anhaftenden Schädlichkeiten und es werden hier in nahezu 100 kurzen Artikeln die wichtigsten Berufsarten nach ihrer pathologischen und hygienischen Seite vorgeführt. Zahlreiche, dem deutschen Standpunkte Rechnung tragende Anmerkungen des Uebersetzers und ein alphabetisch geordnetes Inhaltsverzeichniss vervollständigen das sehr empfehlenswerthe Buch. Popper.

670. 1. **Eine Stimme in der Wüste.** Von Frau Josefine E. Butler. Neuchâtel 1875. Sandoz.

2. **Le Bulletin continental.** Revue mensuelle des intérêts de la moralité publique. Publié sous la direction de M. Aimé Humbert. Neuchâtel 1877. J. Sandoz.

3. **Premier Congrès international de la fédération brittanique, continentale et générale** pour l'abolition de la prostitution. Neuchâtel 1876. J. Sandoz.

4. **L'état et la moralité publique** par D. Santter. Neuchâtel 1876. Bureau du Bulletin continental.

5. **Résultats sanitaires des actes du Parlament, relatifs aux maladies contagieuses** dans les armées de terre et de mer de la Grande-Bretagne et parmi les prostituées. Traduction d'un mémoire anglais de M. J. Birkbeck-Nevins, docteur-médecin et professeur à Liverpool. Neuchâtel 1876. Bureau de Bulletin continental.

Die 5 Druckschriften, deren Titel sich an der Spitze dieser literarischen Anzeige befinden, stehen nach Ursprung, Inhalt und Zweck im Zusammenhange mit einander und werden deshalb gemeinschaftlich besprochen.

Die Broschüre Nr. 1, die bereits die 2. Auflage erlebt hat, war der Ausgangspunkt einer merkwürdigen Bewegung. Eine Frau (Josefine

Digitized by Google

Butler aus Liverpool) schreibt über das heikle Thema der Prostitution mit Gefühlswärme und nicht ohne Geschick, und indem sie die Halbheit und Ungerechtigkeit der „Regelung" der Prostitution hervorhebt, predigt sie einen förmlichen Kreuzzug gegen die gesetzlichen oder polizeilichen Ueberwachungseinrichtungen, ja gegen die Duldung dieses unausrottbaren socialen Uebelstandes überhaupt.

Die nächste Folge dieser Broschüre war die Bildung eines anfangs rein englischen Vereins, der sich aber bald auch über das südeuropäische Festland verbreitete. Es ist dies die „Fédération brittanique et continentale" zur Abschaffung der Prostitution, insbesondere als einer gesetzlichen oder geduldeten Einrichtung. Der Sitz der am 19. März 1875 gegründeten Gesellschaft ist Liverpool, Park Road 348. Sie hat am europäischen Festlande bereits Sectionen in Italien und der Schweiz und besitzt in dem im letztgenannten Lande erscheinenden „Bulletin continental" (2), ein über die Bestrebungen und Erfolge des Vereines berichtendes Organ. Im vorigen Jahre beschloss die „Fédération" in einer zu London abgehaltenen Generalversammlung die Einberufung eines internationalen Congresses der Gesinnungsgenossen, der für den 24. bis 30. September 1877 mit dem Versammlungsorte Genf in Aussicht genommen war. Das unter Nr. 3 genannte Heftchen bringt Programm und Geschäftsordnung des Congresses und wir erfahren daraus, dass auch eine Section für öffentliche Gesundheitspflege projectirt ist, in der die sanitären Ergebnisse des herrschenden Systems zur Sprache kommen sollen, und dass zum Präsidenten dieser Section Dr. Philipp de la Harpe aus Lausanne bestimmt wurde.

Nr. 4 ist eine hauptsächlich socialpolitische Schrift, die zumeist an der Hand französischer, zum Theile ärztlicher Autoren zu beweisen sucht, dass sowohl die Freigebung der Prostitution als auch ihre Ueberwachung und gesetzliche Regelung schädlich sind, — und Nr. 5 ist eine von Dr. Nevins in Liverpool nach officiellen Quellen bearbeitete statistische Beweisführung, dass die auf Garnisons- und Hafenplätzen Englands zu Recht bestehende „Contagions Diseases Act" sich zur Verhütung oder Verminderung ansteckender Krankheiten als unwirksam gezeigt habe. — Die Fédération erwirbt sich, wie man sieht, das Verdienst, die medicinische Statistik in Bezug auf die Syphilis und das Prostitutionswesen zu fördern und, von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet, können ihre Bestrebungen selbst von Jenen anerkennend gewürdigt werden, die die gesetzliche Regelung des Prostitutionswesens zur Verminderung der Syphilis für nothwendig halten. Popper.

671. Die Ursachen der Krankheiten. Von Dr. med. Eduard Reich. 2. Auflage. Berlin. Verlag von Theobald Grieben.

Herr Reich ist nicht nur ein sehr fruchtbarer, sondern auch ein äusserst belesener Schriftsteller, und es zeigt sich diese Belesenheit in dem vorliegenden Buche in solchem Grade, dass es eigentlich als Mosaik von

Digitized by Google

Aussprüchen erscheint, geschöpft aus medicinischen, philosophischen, politischen und anderen Schriftstellern verschiedener Länder und Zeiten.

Ganz und gar Eigenthum des Verfassers ist dagegen der verbindende Text, und damit sich die Leser der „Rundschau" von den darin niedergelegten Ansichten und der gebrauchten Kraftsprache einen Begriff machen können, sollen hier zwei kleine Stichproben wiedergegeben werden.

In dem Capitel „die durch Mord gewonnenen Speisen" findet sich wörtlich folgende Auslassung: „Nirgends in der Welt wurden mehr Vögel verzehrt als in Oesterreich, und in keinem Theile Europa's waren die Menschen thierischer als in jenem Lande; ja diese Zweihänder zeigen Sterblichkeitsverhältnisse, die anderswo nicht nur unbekannt, sondern unmöglich sind."

Und auf S. 272 heisst es bei Besprechung der Vielfresserei: „Wo jene Momente (Vielfresserei, schlechte Bildung, Missregierung) zusammenwirken, hört das Interesse für öffentliches und geistiges Leben ganz auf, und der Mensch kennt keine anderen Interessen als die des Bauches. Sehen wir nach Oesterreich, diesen Staat der Missregierung, Pfaffenherrschaft und Volksverdummung par excellence: wir finden dort bis in die neueste Zeit als obersten Cultus den des Bauches, eine dem entsprechende cynische Rohheit, eine jämmerliche Unwissenheit, verquickt mit dem starrsten Aberglauben und eine fast absolute Gleichgiltigkeit gegen die Interessen der Civilisation. Das specifische Oesterreicherthum ist identisch mit Idiotenthum und Vielfresserthum."

Um stilles Beileid wird gebeten! Popper.

672. Die Militär-Gesundheitspflege, deren Werth und Bedeutung. Von Dr. W. Derblich. Wien, 1876. Carl Gerold's Sohn.

Nichts leistet den Forderungen der Gesundheitspflege mehr Vorschub als der sogenannte Druck der öffentlichen Meinung; vor allen anderen medicinischen Zweigen sind deshalb die Leistungen der Hygiene zu popularisiren und für ihre Lehren ein allgemeines Interesse wachzurufen.

Die Brochure des Verfassers, aus einer Reihe von Vorträgen für Officiere entstanden, verfolgt ein solches Ziel mit Rücksicht auf die Gesundheitsverhältnisse des Heeres, insbesondere des österreichischen. Er zeigt zunächst, dass der Krieg an sich die Armeen weniger gefährdet, als die ihn begleitenden Krankheiten und belegt dies durch Beispiele aus älterer und neuerer Zeit. So verlor die englische Armee, welche zu den bestverpflegten Europas gehört, während des Krimfeldzuges 11 pCt. durch Verwundungen und 89 pCt. in Folge von Krankheiten. Im Jahre 1866 starben von der 428.000 Mann starken preussischen Armee an Wunden 10 pCt., an Krankheiten 15 pCt. Aber auch im Frieden ist die Sterblichkeit der Soldaten keine geringe. Während z. B. die englische Civilbevölkerung im 20—40. Lebensjahre jährlich 9 per Mille durch den Tod

Digitized by Google

verliert, beträgt die Sterblichkeit in der englischen Armee 16 vom Tausend. In der französischen Armee sterben im Jahresdurchschnitte von 1000 Soldaten 14, in der russischen 28.

Verf. lässt einen Theil der Krankheits- und Sterblichkeitsursachen der Soldaten Revue passiren. Zunächst macht er auf den Einfluss aufmerksam, den zu jugendliches Alter und Schwächlichkeit der Recruten ausüben und verlangt deshalb möglichst späten Beginn der Wehrpflicht, genügend weiten Brustumfang (selbst auf Kosten der herabzumindernden Körpergrösse) und entsprechendes Körpergewicht als Kriterium der Kräftigkeit.

Manche Krankheiten, so speciell Hautleiden und contagiöse Augenentzündungen führt er zum Theile auf nicht genügende Reinlichkeit zurück und wünscht Badezimmer in jeder Kaserne mit Vorrichtungen zu Regenbädern, strenges Einhalten der bestehenden Vorschrift, dass jeder Mann sein eigenes Handtuch besitze, häufige und gründliche Untersuchung der Mannschaft.

Als wichtiges Moment bezüglich der Gesundheitsverhältnisse der Soldaten betrachtet der Verf. mit Recht die Beschaffenheit der Wohnung und ihrer Luft. Auch wenn man von alten, schlecht gebauten Kasernen mit feuchten Mauern absieht, wird man in den Kolossalbauten mit ihren geschlossenen Höfen, in dem geringen Luftraume, der dem Manne zugemessen ist, in der mangelnden Ventilation, in den schlechten Aborteinrichtungen genügende Hilfsursachen der Krankheiten erblicken und es ist nur zu wünschen, dass der vom Verf. befürwortete Vorschlag des Geniehauptmannes Gruber, künftig die Kasernenbaupläne durch ärztlich-technische Commissionen feststellen zu lassen, berücksichtigt würde.

Ein sicher erheblicher Antheil an der Morbilität des österreichischen Soldaten fällt der ungenügenden Ernährung desselben zur Last. Dieselbe wird unter Anderem durch folgende Vergleichung der Fleischrationen in verschiedenen Heeren schlagend gekennzeichnet. Der österreichische bekommt täglich 190 Grm. Rindfleisch, der deutsche belgische und holländische 250, der Franzose 300, der Schweizer 312, der Engländer 340, der Amerikaner 567 Grm. (Alles dies schreit laut, aber leider vergeblich nach dem einzigen wirklichen Radicalmittel — Verminderung des Präsenzstandes im Frieden!! R.)

Schliesslich bespricht noch der Verf. die Einflüsse des Alkoholismus und der Syphilis und das Wenige, was sich gegen die Ueberhandnahme der letzteren thun lässt.

Die Brochure ist in einem gefälligen Stile geschrieben und wird ohne Zweifel in militärischen Kreisen anregend wirken.

Popper.

Digitized by Google

673. Die Verbreitung der Lungenschwindsucht in der Schweiz. Bericht der von der schweizerischen naturforschenden Gesellschaft zu Untersuchungen darüber niedergesetzten Commission. Von Emil Müller. Winterthur 1877.

Auf eine Anregung von Seitz, im August 1863, beschloss die obengenannte Gesellschaft, nach einem einheitlichen Plane statistische Untersuchungen über die Verbreitung der Lungenschwindsucht anstellen zu lassen. An diesen von 1865—1869 ausgeführten Arbeiten betheiligten sich 200 Aerzte.

In Kürze lassen sich die Ergebnisse dahin zusammenfassen:

Nimmt man als Mittel der jährlichen Tuberculose-Sterblichkeit in der Schweiz 1·86 Percent der Bevölkerung an, so betheiligen sich an diesem Mittel die einzelnen Cantone in nachstehender Weise: Baselstadt 3·57 Percent, Canton Genf 2·4, Zürich 1·96, Zug 1·6, Thurgau 1·45, Uri 1·4. Unter den Cantonen, aus welchen nur unvollständige Angaben vorliegen, scheinen Schwyz, Bern, Aargau, Neuenburg, Graubündten mit relativ grosser Sterblichkeit an Schwindsucht, dagegen Baselland, Unterwalden und insbesondere Freiburg (0·81 Percent der Bevölkerung) mit relativ geringer behaftet.

Von Einfluss ist die Höhenlage und die Art der Beschäftigung (industrielle oder agricole Bevölkerung). Die folgende Tabelle macht dies anschaulich:

	Höhelage	Industr.	Agricol	Untersch.
I.	200— 499 Meter	2·7 ‰	1·4 ‰	1·3 ‰
II.	500— 699 „	3·0 „	1·2 „	1·8 „
III.	700— 899 „	1·35 „	0·7 „	0·65 „
IV.	900—1099 „	1·5 „	0·7 „	0·8 „
V.	1100—1299 „	2·3 „	0·7 „	1·6 „
		Mittel 2·17 ‰	0·94 ‰	1·23 ‰

Es hat also die ackerbautreibende Bevölkerung unter allen Umständen die geringere Tuberculosensterblichkeit, als die gewerbetreibende, in Fabriken beschäftigte, nämlich nur 0·9 per Mille, gegen 2 per Mille.

Ferner tritt bei der agricolen Bevölkerung mit der Zunahme der Höhenlage eine Abnahme der Todesfälle an Tuberculose hervor.

Die Commission fasst die Ergebnisse der Untersuchungen über den Einfluss der Höhenlage in folgende Schlussworte zusammen:

„In der Schweiz ist mit zunehmender Höhe eine Abnahme der Häufigkeit der Lungenschwindsucht sicher wahrnehmbar. So weit bis jetzt bekannt ist, kommt die Lungenschwindsucht auch in den höchst bewohnten Ortschaften, wenn auch selten vor."

„Im Durchschnitte haben die niedersten Lagen doppelt so viel Lungenschwindsucht, als die höchsten, nach Abzug der auswärts erworbenen Fälle aber bedeutend mehr."

Digitized by Google

„Die Abnahme der Lungenschwindsucht mit zunehmender Höhe vollzieht sich weder constant, noch in regelmässiger Progression und es werden die hiebei zu Tage tretenden Unregelmässigkeiten und Schwankungen hauptsächlich durch die socialen Stellungen bedingt, indem die industriellen Bevölkerungsgruppen starke Unregelmässigkeiten, die gemischten im Ganzen die regelmässigste Abnahme zeigen, während die agricolen Gruppen schon bei verhältnissmässig geringer Höhe ihre unteren Werthe erreichen."

Popper.

674. Hilfs- und Schreibkalender für Hebammen und Krankenpflegerinnen. 1878. Im Auftrage des Geschäftsausschusses des deutschen Aerztevereinsbundes herausgegeben von Medicinalrath Dr. L. Pfeifer in Weimar. Weimar. Hermann Böhlau. 1878.

Man ist in Verlegenheit, was man an diesem Buche zuerst und zumeist lobend hervorheben soll! Die Intention des Ausschusses, welcher dies Buch zu schaffen beschloss, um die Kindersterblichkeit in den ersten Lebenswochen durch Verbreitung nützlicher Kenntnisse bei den deutschen Hebammen und Pflegerinnen zu verringern und nebenbei dieselben zu Mitarbeiterinnen auf dem Gebiete der Statistik zu machen; die vollkommen gelungene Ausführung dieses Vorhabens durch den Verfasser; die ausserordentlich schöne Ausstattung oder die angebahnte Art der Verbreitung des Buches, indem die Kalenderform ohnedies eine grosse Verbreitung garantirt und die Generalversammlung des allgemeinen ärztlichen Vereines in Thüringen überdies beschloss, die Regierungen um jährliche, unentgeltliche Vertheilung dieses jedes Jahr zu erweiternden und zu verbessernden Kalenders an die betreffenden Hebammen zu ersuchen.

Wohl jeder Arzt hat schon Gelegenheit gehabt, zu wünschen, dass der Aberglaube und Unsinn, den Hebammen und Pflegerinnen so vielfach und oft zum greifbaren Nachtheil der Wöchnerinnen und Säuglinge propagiren, aus der Welt geschafft werde.

In dem für die von Hebammen zu führenden Aufzeichnungen bestimmten Kalendarium finden wir unter anderem jedem Monate einen wichtigen Gedenkspruch beigegeben, wie z. B.: „Viel nöthiger als das Waschen der Hände nach der Entbindung ist das Waschen vor derselben und vor jeder geburtshilflichen Untersuchung überhaupt." Unter diesen vortrefflichen Sprüchen ist uns nur der Eine missliebig aufgefallen, wonach Fraisen „meist" durch Verdauungsstörungen verursacht wären.

Der Kalender enthält weiter eine Belehrung über „Ursachen und Verhütung des Kindbettfiebers", worin auf die grösste Reinlichkeit der Instrumente, der Hände, der Luft, des Wochenbettes etc. gedrungen wird. Ferner finden wir u. a. Angaben über Bereitungsart der verschiedensten Bäder, einen Aufsatz über die Augenentzündung der Neugeborenen, über den Nabelbruch.

Sehr ausführlich und in leicht verständlicher Weise werden die

Digitized by Google

Hebammen ferner über die Ernährung der Kinder, über die Impfung etc. belehrt.

Auch die Marie Simon'schen Küchenrecepte für Wöchnerinnen und Kranke werden mitgetheilt etc. etc. Eine Menge anderer, gleich werthvoller Notizen können wir hier nicht weiter erwähnen und bemerken nur noch, dass das Buch seinen vortrefflichen Zweck in vortrefflicher Weise erfüllt. Bettelheim.

675. Cholera, die Gesetze ihres Auftretens, Nichtauftretens und ihr Wesen. Von Dr. C. Spinzig. St. Louis, 1877. (Book and New's Co.)

In seiner 52 Seiten langen Broschüre unternimmt es Dr. O. Spinzig, anknüpfend an die Choleraepidemie in St. Louis 1866 und unter Mittheilung der gleichzeitigen meteorologischen Beobachtungen, die jetzigen Anschauungen über das Wesen, die Entstehung und Verbreitung der Cholera umzustossen und an ihre Stelle seine zwar nicht mehr neuen, aber in aller Breite ausgesponnenen Anschauungen zu setzen, deren Hauptwerth in ihrer Ableitung aus natürlichen Gesetzen bestehen soll und die nur mit wirklich vorhandenen Factoren, nicht mit einem imaginären X oder gar Y Z, dem specifischen Choleragifte und anderen Unbekannten rechnen.

Die Cholera ist einfach eine Cholose, eine autochthone, je nach Verhältnissen epidemische Krankheit, eigenthümlich den heissen Jahreszeiten und Klimaten, besonders der Regio dysenterica der medicinischen Geographie, aber auch unter besonderen meteorologischen und geologischen Verhältnissen in den gemässigten Zonen, der Regio entero-mesenterica bis zur Grenze der Regio catarrhalica, und hier selbst im Winter auftretend, wenn sich die Lufttemperatur mehr der warmen Jahreszeit nähert (Winterepidemie 1831 auf 32 in Moskau und 1831 in Archangel); niemals tritt sie in der Regio catarrhalica oder in Winterklimaten auf, d. h. wenn das Wetter der localen Lage oder der Jahreszeit entspricht, sie muss dann erlöschen. Sie ist ein veranderter, physiologischer Process des menschlichen Organismus unter dem Einflusse der sommerlichen, physikalischen Verhältnisse, also nicht ausschliesslich von localen, speciellen Ursachen abhängig, sondern hauptsächlich von kosmischen und meteorologischen; die localen Verhältnisse bilden die prädisponirenden oder allgemeinen Ursachen, die cosmischen die erregenden oder speciellen („specifischen") Ursachen. Wo nur immer in den genannten Regionen durch die Lage und Bodenverhältnisse übermässige Temperaturerhöhung, mangelhafte Ventilation, Anhäufung von deletären Bodenausdünstungen, besonders in engbewohnten Localitäten gegeben sind, mit Abnahme des Ozons und Verminderung der positiven Elektricität, kann Cholera entstehen. Alle Aussprüche der Specifiker von Choleragift, Verschleppbarkeit und Widerstandsfähigkeit des Giftes gegen natürliche Einflüsse sind ihm das Be-

Digitized by Google

streben, System in die Narrheit zu bringen (pag. 2), und kann er ihnen nur ein wehmüthiges Bedauern widmen (p. 5).

Die weiteren Ausführungen dieser Fundamentalgesetze, die er sich schmeichelt, festgestellt zu haben, bitten wir ihrer Breite wegen im Original nachzusehen, was allerdings der schwülstigen und anmassenden Sprache gegenüber nicht gerade leicht ist. Dankbar sind wir Spinzig einzig und allein wegen seines Hinweises auf die Wichtigkeit von meteorologischen Beobachtungen für die Morbilitätsstatistik, Beobachtungen, welche unseres Wissens bis jetzt nur von einem einzigen Fachblatte, dem Bayr. ärztl. Intelligenzblatte, ständig und ausführlich gebracht werden, deren leichte Zugänglichkeit aber höchst wünschenswerth ist.

Popp.

676. Der Curort Teplitz-Schönau in Böhmen. Topographisch und medicinisch dargestellt von Dr. Ludwig Friedenthal, Badearzt in Teplitz. Wien 1877. Alfred Hölder.

Ueber den alten Curort und seine bekannte Wirksamkeit lässt sich wenig Neues sagen und so ist es schon rühmend hervorzuheben, dass Verf. das Alte in angenehmer Form und in dem Fortschritte der Wissenschaft entsprechendem Sinne behandelt. Die Wirkung der Teplitzer Bäder wird erörtert, als einerseits bestehend in Anregung und Erhöhung der Functionen der äusseren Haut, der Schleimhäute, des Gefäss- und Nervensystems und folgeweise in der Resorption pathologischer Producte; anderseits in einer Verminderung der gesteigerten Gefässaction und der erhöhten Nervenreizbarkeit. Unter den zur Behandlung kommenden Krankheitsformen finden natürlich Gicht, Rheumatismus, Lähmungen und Neuralgien die ausführlichste Besprechung. Sehr lieb war es mir, aus der Darstellung zu entnehmen, dass Verf. auf das Trinken der Teplitzer Thermen, welches von einem ärztlichen Stadtverordneten daselbst in Mode zu bringen versucht wurde, kein Gewicht legt. Kisch.

677. Das Soolbad Salzungen mit besonderer Berücksichtigung seiner Curmittel und deren Wirkungen. Von Dr. Wagner in Salzungen. O. Witzmann.

Salzungen im Herzogthum Sachsen-Meiningen, in einem der schönsten Theile des Werrathales gelegen, 245 M. über dem Meeresspiegel, gewinnt immer mehr an Ruf als Soolbad. Von den verschiedenen Soolquellen werden gegenwärtig vorzugsweise zu Curzwecken die Abflüsse und die gesättigte Soole aus den Bohrbrunnen und die Trinkquelle benützt. Nach der von Prof. Bernhardi vorgenommenen Analyse enthält der eine Abfluss in 1000 Theilen 53·8348 feste Bestandtheile, darunter Chlornatrium 51·4034, Chlorkalium 0·1848, Chlorcalcium 0·1756, besitzt eine Temperatur von 13° C. Die gesättigte Soole, welche in 1000 Theilen 266 feste Bestandtheile, darunter 256 Chlornatrium enthält, wird als Zusatz zu den Bädern, um deren Salzgehalt zu steigern,

Digitized by Google

sodann aber auch zur Zerstäubung auf dem Gradirhause verwendet. Die Trinkquelle enthält in 1000 Theilen 14·050 feste Bestandtheile, darunter Chlornatrium 11·899, Chlorcalcium 1·333, Chlormagnesium 0·229. Der Moor, welcher zu den Moorbädern benützt wird, besteht aus einer eisenhaltigen, moor- oder torfartigen Erde, welche mit so viel Soole und Mutterlauge versetzt wird, dass das Ganze eine breiartige Masse bildet. Da das Klima sehr milde und vor rauhen Winden von Nord und Nordost durch das Thüringer Waldgebirge geschützt ist, so verdient Salzungen jedenfalls als eines der kräftigsten Soolbäder Beachtung. Kisch.

678. Mittheilungen aus dem Spitale der barmherzigen Brüder in Wien. Von Dr. Johann A. Lerch. Wien, 1877. Wilhelm Braumüller.

Spitalberichte über Krankenbewegung und Krankenbeobachtung sind immer willkommen. Denn nirgends sonst können so umfassende klinisch-aetiologische Beobachtungen gemacht werden als in Spitälern. Das Leopoldstädter Spital der barmherzigen Brüder in Wien ist ein äusserst frequentirtes und wohlthätiges Institut, das im Jahre durchschnittlich über 4000 Kranke aufnimmt und seit 1647 (bis Ende 1875) 356.613 Kranke unentgeltlich verpflegt hat. Der Verfasser entspricht nur einer Pflicht der Dankbarkeit, wenn er einige der verdienten, ihm persönlich bekannt gewordenen Ordensmitglieder namhaft macht. Den Verf. ziert übrigens auch eine grosse Verehrung vor den hohen k. k. Behörden und deren Erlässen und Verordnungen.

Was nun den klinischen Theil des Berichtes betrifft, so ist er sehr sorgfältig abgefasst und zeigt hie und da von einer für die Nüchternheit der Beobachtung nur sehr erwünschte Naivetät, die jedoch manchmal eine sachliche Correctur vertrüge.

Wenn wir zu den Einzelheiten übergehen, so erwähnen wir, dass L. glaubt, von 1870 bis 1874 3 Kranke mit Diabetes mellitus geheilt entlassen zu haben. Viele Leute sind der Ansicht, dass Heilungen bei dieser Krankheit nicht vorkommen. Zu den nützlichen Naivetäten gehört es, wenn L. zur Vorsicht mahnt, Rheumatismus intercostalis erst dann zu diagnosticiren, wenn man ein pleuritisches Exsudat ausschliessen kann.

Seite 45 wird ein Fall von zweimaliger Erkrankung eines Individuums an Cholera während einer Epidemie mitgetheilt. Auch von dem zweiten Anfalle (2 Tage nach der ersten Entlassung) wurde der Kranke geheilt.

Es erscheint uns der Mittheilung werth, dass L. nach seinen wiederholten und gehäuften Erfahrungen während verschiedener Choleraepidemien die prophylactische Bedeutung eines hygienisch richtigen Verhaltens während Bestehens einer solchen Epidemie sehr hoch anschlägt.

Wir erfahren ferner, dass L. sich auf den „gesuchten Praktiker Strauss“ berufen zu müssen glaubt für seine Verordnung grosser Opium

Digitized by Google

dosen in der Cholera. Er ist auch durchdrungen von der Ueberzeugung, dass die 1873er Choleraepidemie durch die Bemühungen der Statthalterei, das Publikum zu belehren und durch die damals geübte Desinfection eingedämmt wurde, doch scheint es uns zu weit zu gehen, wenn L. geradezu sagt: „Wer demnach den obigen Belehrungen“ (scilicet „der hohen k. k. n.-ö. Statthalterei“) gemäss gelebt hat, und im Stande war, den leiblichen Genüssen gegenüber sich zu beherrschen, ist unversehrt geblieben im Jahre 1873.“

Die etwas ungenaue, wenn auch manchmal nicht zu umgehende Diagnose „Hydrops univers. et Ascites“ (255 Fälle in den Jahren 1864—1875) wurde wohl etwas zu oft gestellt.

Die Abnahme der Intermittensfälle (1864: 233, 1874: 187) schiebt L. etwas zu zuversichtlich auf die Anschüttung der Donausümpfe, da es Wechselfieber auch in ganz sumpffreien Gegenden gibt. Auch dass der Intermittenskranke „versichert sein“ kann, durch Chinidin (0·42 pro die) von seiner Intermittens befreit zu sein, möchten wir bezweifeln. Wenn ich auch glaube, dass L. seine 2212 Intermittenskranken geheilt entlassen hat, so bin ich nicht eben so fest davon überzeugt, dass sich keiner dieser 2212 in einem anderen Spitale neuerdings „heilen“ liess.

Pag. 55 versichert L., es seien ihm „mehrere verständige Damen bekannt“, welche durch Vorsicht — tägliche Reinigung der Mund- und Rachenpartien mit Alaun-, Carbolsäure- oder Kali hypermanganicum-Lösung — ihre Kinder „vor Schaden zu bewahren suchen“. Dem Ref. sind wieder mehrere unverständige Damen bekannt, welchen das Glück wurde, auch ohne diese Massregel ihre Kinder gesund zu erhalten. Es soll mit dieser Bemerkung nichts gegen die von L. protegirte, sehr vernünftige Massregel gesagt sein — aber eine ohne zureichenden Grund als nützlich propagirte Lehre kann schon dadurch schädlich sein, dass sie von der Aufsuchung anderer — vielleicht richtigerer — Wege abhält.

L. ist übrigens bei der Aetzung der diphtheritischen Membranen mit Silbersalpeter geblieben und stellt sich vor, die Pilzkeime in ähnlicher Weise zu zerstören, wie bei der Behandlung der Krätze die Krätzmilbe. Ausserdem hat er mit gutem Erfolge alle 2 Stunden 2 Esslöffel einer Lösung von 0·28 Zinc. sulf. in 210 Aq. und 8 Tropfen acid. sulf. dil. nehmen lassen.

Von der Taenia wird berichtet, dass sie bei 54 Personen mit cort. rad. Granat. abgetrieben worden sei, ob mit oder ohne Kopf, wird nicht erwähnt. Alle 54 Kranke sind Fleischselcher gewesen.

An Alkoholismus Erkrankte hat das Spital von Jahr zu Jahr eine grössere Zahl aufgenommen. 1864 nur 27, 1875 schon 75. Es werden ja auch in der That in Wien zum Vortheile des Fiscus und zum Nachtheile des Volkes von Jahr zu Jahr mehr Branntweinstuben eröffnet! L. behauptet, von 8 Gramm Chloralhydrat pro dosi meistentheils ausgezeichnete Erfolge bei Säufern gesehen zu haben.

Digitized by Google

Bei einer mehrtägigen Stuhlverstopfung reichte L. zweimal, jedes Mal mit sehr gutem Erfolge, je 26 Gramm Mercur. vivus. Andere Mittel hatten ihn in Stich gelassen.

Von 0·07 nitr. argenti pro die glaubt L. guten Erfolg (Verkümmern vieler Bläschen) bei Blattern gesehen zu haben.

Alles in Allem wird man diesen Spitalsbericht — von einzelnen Absonderlichkeiten abgesehen — mit Nutzen lesen. Bettelheim.

679. Das Stotterübel, eine corticale Erkrankung des Grosshirnes. Von Dr. Jos. Schrank. (München 1877. 135 S.)

Ueber das Wesen des Stotterns bestanden bisher zwei verschiedene Ansichten, die eine, von den meisten Aerzten bereits aufgegebene Theorie erklärt das Stottern als eine Störung der Sprachwerkzeuge selbst, während man sich in jüngster Zeit gewöhnt hat, dieses Uebel als eine Art Coordinationsneurose der die Sprache auslösenden Nerven aufzufassen. Schrank sucht nun in vorliegendem Werke eine neue Ansicht über das Stotterübel durchzuführen, wonach dasselbe auf localisirte Angstgefühle in Betreff des Sprechens basirt, die ihren Grund in einer corticalen Erkrankung des Grosshirnes finden, und er trachtet, diese neue Theorie durch die bis jetzt erzielten Resultate der Gehirn-Physiologie und Psychiatrie wissenschaftlich zu begründen und zu bekräftigen. Er definirt demgemäss auch das Stottern als eine unabsichtliche, durch corticale Störungen der Grosshirnrinde (psychische Einflüsse) veranlasste, meist mit spastischen Anstrengungen verbundene Wiederholung von einzelnen Silben oder Worten, ohne dass es der Context der Rede erfordern würde.

Der Verf. entwickelt nun im Weiteren den physiologischen Vorgang des Sprechens und zeigt, dass die als Stottern bezeichnete Störung dieser Thätigkeit jenen Theil des Sprachvorganges betrifft, als dessen anatomisches Substrat wir gewohnt sind, die Hirnrinde anzunehmen; es würde sich beim Stottern blos der psychische Act des Sprechens anormal abwickeln. Es stellt das Stottern demnach eigentlich eine specielle Form der Psychopathien dar. Dies wird um so ersichtlicher, wenn man bedenkt, dass es auch in vielen anderen Beziehungen keine psychisch normalen Individuen sind, welche von diesem Uebel befallen werden.

Bei den Stotternden besteht ein Zweifel, eine Angst, gewisse Silben nicht aussprechen zu können, daher die vorhergehenden Silben öfter wiederholt oder manche Silben ausgelassen werden; es verhält sich hier ähnlich wie mit den Angstgefühlen z. B. beim Verfolgungswahn; sie sind in den Umständen und Verhältnissen des davon Ergriffenen nicht begründet und daher als psychopathische Erscheinungen aufzufassen. In der Regel beschränken sich aber bei den Stotterern die Angstgefühle nicht blos auf die Sprache, bei der Mehrzahl sind dieselben viel allgemeiner, und die Stotterer zeigen sich als kleinmüthige, zaghafte Menschen, denen alles Selbstvertrauen und jede Selbstständigkeit mangelt.

Digitized by Google

Es ist auch nicht ohne Bedeutung, dass in den vom Verf. beobachteten Stotterfällen meist Erblichkeit nachweisbar war. In jenen Fällen, wo eine solche Heredität anscheinend nicht vorlag, waren aber meist anderweitige Erkrankungen des Centralnervensystems in der Familie zugegen (Epilepsie, Chorea, Hysterie u. dgl.).

Es kann hier nicht am Platze sein, dem Verfasser in alle Details seiner fleissigen und geschickten Ausführung der cerebralen Stottertheorie zu folgen, ebenso wollen wir das ausführliche Capitel, welches mit grosser Literaturkenntniss die Entwicklung der früheren Ansichten über das Stottern behandelt, nur erwähnen. Einige Worte aber mögen noch über das letzte, die therapeutischen Mittel gegen das Stottern behandelnde Capitel gesagt sein.

Indem wir in dem Stottern nur ein Symptom einer Hirnrindenerkrankung erblicken, welche sich meist auch in anderen Abnormitäten der corticalen Thätigkeit, wie Willensschwäche, Aengstlichkeit u. s. w. kund gibt, so kann eine radicale Heilung des Stotterübels nur durch Behebung dieser ihr zu Grunde liegenden Rindenerkrankung erreicht werden. Man wird daher jene Einflüsse, welche, wie z. B. übermässige physische Anstrengung, Abusus in Venere et Baccho u. s. w. auf das Nervensystem des Stotterers schwächend oder schädigend einwirken, zu beseitigen trachten und dasselbe durch Schwimmen, Turnen, Fechten u. dgl. zu kräftigen suchen. Aber auch eine rein medicamentöse Behandlung ist am Platze; diejenigen Mittel, welche erfahrungsgemäss auch bei Irrsinnigen die Angstgefühle mildern oder beseitigen, als besonders Bromkalium, ausserdem auch Morphin, Chloralhydrat u. s. w. sind von sehr günstigem Einfluss. — Eine andere Behandlungsmethode, welche in Combination mit der medicamentösen oder allein für sich in Anwendung gebracht werden kann, besteht darin, das Sprechen möglichst unabhängig von eigenem Willenseinfluss zu machen, dazu gehört z. B. Singen, Sprechen nach dem Takte, Scandiren, das Sprechen mit rhythmischen Athembewegungen. Es ist aber unerlässlich, dass der dem Stotterer von dieser zweiten Methode vorgeschriebene Rhyhtmus monatelang beibehalten werde, weil sonst das Leiden sehr bald recidivirt. Obersteiner.

680. Zur Morphologie des Gesichtsschädels. Von E. Zuckerkandl. Stuttgart, Enke, 1877. 135 S. 8°.

In dieser Schrift werden eingehender abgehandelt: Im ersten Capitel: die Proportionen zwischen Hirn- und Gesichtsschädel, Gesichtshöhe und Gesichtsbreite, Nasen- und Mundregion; im zweiten: die Proportionen und das Wachsthum der Nasen- und Orbitalhöhe; im dritten: die Proportion zwischen Orbitalhöhe und Orbitalbreite; im vierten: das Verhalten der Unterkiefer-Formation zur Gesichtsbildung, die Crania progenaea und einige bei der Beurtheilung von Prognathie und Opistognathie in Betracht kommende Umstände; in einem Anhange endlich finden sich u. A. Be-

Digitized by Google

merkungen über die Schrägstellung von Zähnen, über Asymmetrie des Nasengerüstes und über Stenokrotaphie. A. B. Meyer.

681. Ueber Capacität und Gewicht der Schädel in der anatomischen Anstalt zu München. München. Lit. art. Anstalt. 1877. 51 S. 8°.

In Bezug auf die Capacität ergaben sich folgende Resultate:

Mongolen im Allg. . .	1487 Ccm.	Franzosen	1475 Ccm.
Kaukasier „ . .	1462 „	Turkos	1469 „
Malayen „ . .	1444 „	Kaukasier, mit Ausnahme der Deutschen, Franzosen, Turkos u. Aegyptier	1418 „
Amerikaner „ . .	1422 „		
Aethiopier „ . .	1305 „		
im Speciellen:			
Deutsche Männer . . .	1578 „	Aegyptier	1374 „
Verbrecher	1501 „	Deutsche Frauen . . .	1361 „
Kaukasische Männer im Allgemeinen	1490 „	Kaukasische Frauen im Allgemeinen	1349 „

In Bezug auf das Gewicht:

Malayen:	Männer . .	737	Grm., Frauen . .	736	Grm.
Mongolen:	„ . .	716	„ „ . .	675	„
Amerikaner:	„ . .	705	„ „ . .	—	„
Aethiopier:	„ . .	687	„ „ . .	609	„
Kaukasier:	„ . .	683	„ „ . .	680	„
Turkos:	„ . .	740	„ „ . .	—	„
Deutsche:	„ . .	720	„ „ . .	684	„
Aegyptier:	„ . .	675	„ „ . .	—	„
Franzosen:	„ . .	682	„ „ . .	—	„
Verbrecher:	„ . .	656	„ „ . .	—	„

Es wird endlich noch das Verhältniss der Schädelcapacität zum Schädelgewicht und das Verhältniss der Schädelcapacität zum Hirngewicht besprochen. A. B. Meyer.

682. Heilung der Lungenschwindsucht und der chronischen Bronchitis. Mit Hilfe eines neuen Heilverfahrens von Dr. Julius Boyer. Mit Autorisation des Verfassers nach der 12. Auflage aus dem Französischen übersetzt von Gustav Tuch. Hamburg, Otto Meissner, 1877.

Wie ein „Märchen aus alten Zeiten" überkommt es einen, wenn man dieses Buch mit seinen Citaten aus Autoren vom Jahre 1826—1843, aus Laennec und Louis freilich, aber fast aus keinem der späteren Autoren und gar wenn man die Abhandlung über „mikroskopische Gewebe der Tuberkeln" liest. Herr Rochout sel. Angedenkens z. B. hat gefunden, dass der Tuberkel „durch die Kreuzung von Fasern gebildet ist" — welche „fast so fein wie diejenigen des Zellengewebes sind". Auch die Lebert-

Digitized by Google

schen Differentialmerkmale zwischen Eiter- und Tuberkelkörperchen werden von Herrn Boyer als baare Münze verausgabt.

Dem Verf. ist aber die chemische Zusammensetzung der Tuberkeln wichtiger als die quondam Mikroskopie derselben. Er findet, dass sie dieselbe chemische Zusammensetzung wie die Knochen haben, nur dass in den Tuberkeln die „thierische Substanz" über den salzig-kalkigen Gehalt überwiegt.

Um aber zu dem Wesentlichen der B.'schen Ansichten zu kommen, so findet B. im Ganzen und Grossen die Ursache und das Wesen der Schwindsucht und Tuberculose in der Unzulänglichkeit der Kalksalze im Blutstrome.

Da Herr B. hiebei alle neueren Ansichten ignorirt, so lässt sich mit ihm nicht weiter discutiren, und wir begnügen uns daher zu erwähnen, dass er aus seinen Deductionen folgert, das Heilmittel für Tuberculose und Schwindsucht sei ein „Salinocalcaire" genanntes, bei Herrn Tuch in Hamburg zu kaufendes Pulver, aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk, sowie aus Natron bicarbon. bestehend. So und so viel Zeugnisse bestätigen den Erfolg.

Wenn man das Buch des Herrn B. zu Ende gelesen hat, weiss man nicht, ob er der Spasshaftigkeit seiner Argumente sich bewusst ist oder nicht. Keinesfalls erfährt man mehr Thatsächliches darüber, ob sein Pulver wirklich etwas werth ist oder nicht, als wenn man sich ein Urtheil über Werth oder Unwerth des Hoff'schen Malzextractes aus Zeitungsannoncen bilden wollte. Bettelheim.

683. Anleitung zur Harn-Analyse für praktische Aerzte, Apotheker und Studirende. Von Dr. W. F. Loebisch in Wien. Mit 26 Holzschnitten. Wien 1878. Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Die Aufgabe, welche sich der Verfasser einer Anleitung zur Harn-Analyse stellt, ist eine äusserst schwierige, wenn er sowohl den Ansprüchen des praktischen Arztes als dem Urtheile des exacten Fachmannes gerecht werden will und bestrebt ist, Deutlichkeit und Klarheit mit Vollständigkeit und Gründlichkeit zu vereinen. Die Charakterisirung der chemischen Vorgänge muss oft bedeutende Ansprüche an die Kenntnisse des Lesers stellen, die verlässlichste Methode ist meist dem Verständnisse des Lesers am schwersten zugänglich. Die semiotischen Aufgaben, wie sie sich in der Literatur und selbst in den verbreitetsten Handbüchern vorfinden, enthalten so viel des Hypothetischen, Unbewiesenen, blos Ueberlieferten, dass die Abfassung eines solchen Werkes ein beständiges Laviren zwischen den Klippen der Oberflächlichkeit und Unverständlichkeit oder wenigstens Ungeniessbarkeit erheischt — ja wir kennen bezügliche Schriften, die an beiden Klippen Havarien erlitten. Dem Verf. jedoch hat es übersichtliche und glückliche Anordnung ermöglicht, in dem schlanken und eleganten Bande, der uns vorliegt, eine Fülle des gediegensten Materiales in so lichtvoller

Digitized by Google

und anziehender Darstellung zu vereinigen, dass selbst das rein Theoretische zur angenehmen und anregenden Lectüre wird — wir erlauben uns hier nur z. B. auf die Capitel Harnstoff und Harnsäure zu verweisen, welche den Extract dessen geben, was bis zur neuesten Forschung auf dem Gebiete des Stoffwechsels geleistet wurde. Wie hier so hat überhaupt der Verfasser den physiologischen und semiotischen Theil nicht selbstständig ausgeschieden, sondern organisch mit dem chemischen verbunden. Schon der erste Abschnitt, der die physikalischen Eigenschaften des Harnes zum Gegenstande hat, gibt hiezu reichlich Gelegenheit. Die Wichtigkeit des zweiten Abschnittes, welcher die normalen Harnbestandtheile behandelt, entspricht dem Ernst und Fleiss, mit dem er gearbeitet ist. Wenn der Verf. hier in der Darstellung der Methoden zum Nachweise und zur Bestimmung des Harnstoffes und der Harnbildung weitläufiger geworden ist, so ist dies durch Inhalt und Form gerechtfertigt. Für die Harnstoffbestimmung sind eben compendiöse Methoden wie die von Knopp-Hufner, wie exacte, wie die Bunsen'sche, gleich nothwendig. Die Schilderung der Salkovski'schen Methode der Harnsäurebestimmung, die eine wesentliche Lücke zugleich nachweist und ausfüllt, ist bei ihrer Verständlichkeit sehr willkommen. Die Farbstoffe des Harnes, das Indican sind den neuesten Forschungen entsprechend geschildert und sowohl vorher ihr semiotischer Werth, als ihr physiologischer Zusammenhang mit dem Blut- und Gallenfarbstoffe und ihr chemischer mit den Körpern der aromatischen Reihe einer gründlichen Beleuchtung unterzogen; das zukunftsreiche Capitel der aromatischen Aethersäuren reiht sich würdig an. Die Methoden zur Bestimmung der unorganischen Harnbestandtheile sind klar, ihre Semiotik bündig und präcise abgehandelt. Im dritten Abschnitte, der von den anomalen Harnbestandtheilen handelt, ist die Lehre von der Albuminurie bis auf Bartels neueste epochemachende Arbeit herab durchgeführt — die Methoden, sowohl zum qualitativen als quantitativen Nachweis sind hier ebenso fasslich dargestellt wie die Zuckerbestimmungen in dem bezüglichen Capitel. Hier begegnen wir einer klaren Schilderung der Untersuchung mit dem Polarisationsapparat, wie bei dem Blutfarbstoffe der Wichtigkeit des Spectroskopes durch eine instructive, lebendig illustrirte Darstellung Rechnung getragen wird. Unter den zufälligen Bestandtheilen des Harnes bietet das Quecksilber Gelegenheit, die neue Methode seiner Nachweisung von E. Ludwig in einer Weise zu schildern, die ihre Ausführung jedem praktischen Arzte ermöglicht.

An die Sedimente des Harnes, von denen namentlich die Cylinder eingehend gewürdigt werden, reiht sich eine Darstellung der verschiedenen Concremente mit einer erschöpfenden Methodik der qualitativen und quantitativen Untersuchung derselben.

Der Schlussabschnitt ist dem Verhalten des Harnes bei Erkrankungen der Niere und der Harnwege gewidmet, und wir finden diese Aus-

Digitized by Google

scheidung vollkommen gerechtfertigt, da die Uroskopie hier eben auf positivem Grunde ruht. Es steht dies Capitel auf dem neuesten Boden dieses in letzter Zeit stark gepflegten Feldes.

Die äussere geschmackvolle Ausstattung dieses Buches, durch zahlreiche gelungene Illustrationen in würdiger Weise bereichert, ist ein weiterer Grund, dem gediegenen Werke die weiteste Verbreitung zu prognosticiren. Plohn.

684. Klinik der Wochenbettkrankheiten. Von Prof. Dr. J. Amann in München. (Stuttgart, Verlag von F. Enke, 1876.)

Bisher besass die deutsche medicinische Literatur nur ein einziges selbstständiges Werk über Wochenbettkrankheiten, nämlich das von Winckel, welches im Jahre 1869 in zweiter Auflage die Presse verliess, und von dem seither keine neue Auflage mehr erschien. Da aber seitdem auf diesem Gebiete recht fleissig fortgearbeitet wurde, war es ein zeitgemässes Unternehmen von Amann, ein Buch herauszugeben, in welchem der gegenwärtige Stand unseres diesbezüglichen Wissens dargestellt werden sollte. Dieses Ziel hat der Autor auch vollkommen erreicht und zwar in einer sehr dankenswerthen Weise, indem bei Bearbeitung des vorliegenden Buches stets auf das Bedürfniss des praktischen Arztes besondere Rücksicht genommen wurde.

Dass der Verf. hiebei sogar über sein Thema hinausging, indem er auch die Diätetik der Neugeborenen eingehend bespricht, sowie die wichtigsten gerichtlich-medicinischen Anhaltspunkte zur Beurtheilung der Kindesleiche seinem Werke beifügt, kann gewiss nicht schaden, sondern wird die Brauchbarkeit des Buches in den Augen Vieler nur erhöhen. Dagegen wurden manche Krankheiten, z. B. die Fisteln, welche streng genommen auch hieher gehören würden, ganz weggelassen, u. zw. wieder aus praktischen Gründen.

Als besonderes Verdienst muss dem Autor angerechnet werden, dass er die bisher nur angedeuteten Complicationen des Wochenbettes mit Tuberculose, Herzkrankheiten, Syphilis in gesonderten Capiteln sehr eingehend bearbeitet.

Wir können daher dieses Werk von Amann, welches von dem Fleisse und der redlichen Forschung desselben neuerdings Zeugniss gibt, unseren Lesern mit gutem Gewissen auf's beste empfehlen und wollen nur noch die wenigen Punkte andeuten, in welchen wir mit dem Autor nicht übereinstimmen. So können wir ihm durchaus nicht darin beipflichten, dass die Diät in den ersten vier Tagen des Wochenbettes eine ganz restringirte sein müsse, sowie wir auch der Frischentbundenen lieber eine Tasse kräftiger Fleischbrühe als faden Wollblumenthee's darreichen lassen. Zum Uriniren lassen wir die Wöchnerinnen sich aufsetzen, u. z. aus doppeltem Grunde, erstens weil sich hiebei die Blase leichter und besser entleeren kann und zweitens weil auf diese Weise das in der Scheide stagnirende

Digitized by Google

Blut und Lochialsecret sich besser entleert. Dass durch Harnverhaltung der puerperale Uterus bedeutend dislocirt werden könne, u. zw. meist nach rechts und oben, hat uns die Erfahrung oft gezeigt und wir müssen uns daher bei diesem strittigen Punkte der Angabe von Winckel anschliessen.

Behufs Entleerung des eitrigen oder gar jaugigen Exsudates machen wir keine Punction, sondern eine ausgiebige Incision, nicht selten gleich zwei Incisionen und drainiren, um nur ja für genügenden Ausfluss zu sorgen, denn sonst kann es leicht passiren, dass man durch die Eröffnung eher schadet als nützt.

Bei der Behandlung der Retroflexion in puerperio wurde vergessen, der Wöchnerin die zweckentsprechende Lage zu empfehlen, ebenso bei der Reposition des invertirten Uterus namentlich in schwierigen Fällen den Rath zu ertheilen, in der Richtung einer Tubarinsertion den Druck wirken zu lassen.

Weil wir eben glauben und wünschen, dass dieses Buch eine grosse Verbreitung finde, durften wir diese wenigen, aber wichtigen Bemerkungen nicht unterdrücken.

Die äussere Ausstattung des Werkes ist musterhaft.

Funk.

685. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende. Von E. Albert, Professor an der Universität Innsbruck. Wien 1877. Verlag von Urban & Schwarzenberg. I. Band. (39 Bogen.) (Die Chirurgischen Krankheiten des Kopfes und des Halses. Mit 110 Holzschnitten.)

Die vorliegenden „Vorlesungen" Albert's verdienen ihren Namen im guten Sinne des Wortes; man kann denken, dass sie so gehalten worden sind, wie sie geschrieben wurden, sicher haben sie in dieser Form die Zuhörer gefesselt und für ihren Gegenstand, die Chirurgie, gewonnen. Albert hat in diesen Vorlesungen auf die Darstellung grosse Sorgfalt verwendet, der Stoff ist gut angeordnet und der Styl ausgefeilt, und trotzdem empfindet der Leser den Reiz der ursprünglichen mündlichen Mittheilung und freut sich der fliessenden Schreibweise und des ernsten, sachgemässen und doch durchaus lebendigen Ausdruckes. Es gilt dies ebensowohl von diesem, wie von dem früheren Werke Albert's, Vorlesungen über chirurgische Diagnostik, — man entnimmt aus beiden, dass der Verfasser ein allgemein gebildeter Chirurg ist und dass seine Schüler von ihm lernen müssen, sie mögen wollen oder nicht.

Dass der Leser diese Anschauung über den Autor bekommt, gereicht meines Erachtens dem Buche zum grossen Lobe. — Der Inhalt des vorliegenden Bandes ist: eine Art Einleitung, die historische und kritische Darstellung der bedeutendsten Errungenschaften auf chirurgischem Gebiete (Narkose, Blutsparung und Blutstillung, Transfusion, Wundbehandlungs-

Digitized by Google

methoden) — hiebei wird die Lister'sche Methode, deren begeisterter Anhänger A. ist, besonders genau erörtert; die folgenden Vorlesungen behandeln die Krankheiten des Schädels und des Halses. Allenthalben sind werthvolle historische Daten eingeflochten, die mehr als die landläufigen Anekdoten enthalten; die Literatur der Neuzeit ist sehr sorgfältig benützt, wenn auch, was für den Studirenden und den praktischen Arzt übrigens gleichgiltig ist, die genauen Citate fehlen.

Ich glaube nach der Empfindung, die ich selbst beim Durchlesen des ersten Bandes gehabt habe, dem Lehrbuche Albert's eine grosse Beliebtheit unter den Studenten prognosticiren zu können. Die Ausstattung des Werkes ist vorzüglich. A. v. Winiwarter.

686. Werth und Bedeutung der Reformbestrebungen in der Classification der Psychosen. Von Dr. J. Weiss. Stuttgart, F. Enke 1877. 27 S.

Das vorliegende Schriftchen wendet sich gegen das in der Psychiatrie jetzt so häufig anzutreffende Bestreben, die alten Irrsinnsformen mit neuen Namen zu bezeichnen oder neue Formen einzuführen, denen aber eine thatsächliche, wissenschaftliche Begründung fehlt; diesem fruchtlosen Aufstellen neuer psychiatrischer Symptome soll entgegengewirkt werden. Das Bewusstsein der Mangelhaftigkeit der alten psychiatrischen Formenlehre ist ja gewiss stark genug, um ein Stehenbleiben zu verhindern, und wird mit dem Fortschreiten der physiologischen Psychologie immer nur noch stärker werden. Doch dürfen die Versuche, etwas Besseres und Vollständigeres an die Stelle des Alten zu setzen, nicht von falschen, ungenügenden Auffassungen ausgehen.

Man muss eben im Auge behalten, dass es sich bei der Gruppirung der Seelenkrankheiten nicht so sehr um die psychischen Erscheinungen als solche handle, sondern dass die Aufgabe der Forschung darin bestehe, dem Ursprung jenes complicirten Mechanismus nachzugehen, der hinter den Erscheinungen vorhanden sein muss, und jene Vorgänge aufzudecken, denen im Aeussern die der Beobachtung zugänglichen psychischen Ereignisse entsprechen. Es verdient noch hervorgehoben zu werden, dass es der Verfasser verstanden hat, seine Ansichten, deren Richtigkeit anerkannt werden muss, in einer sehr entsprechenden Form darzulegen.

Obersteiner.

Digitized by Google

Kleine Mittheilungen.

687. Eine neue Quelle der Bleivergiftung erwähnt Dr. Alford, der ärztliche Gesundheitsbeamte von Taunton, in seinem letzten Berichte an die Behörden. In einem allein gelegenen Gehöft seines Bezirkes kamen mehrere Fälle von Bleivergiftung vor, ohne dass seine Untersuchungen des „Wassers", der „Conserven" u. s. w. die Ursache der Krankheit aufzudecken vermochten. Darauf erhielt er Kenntniss von einer grossen Anzahl neuer Erkrankungsfälle, die in rascher Aufeinanderfolge in verschiedenen, meist vereinzelt gelegenen Häusern der Nachbarschaft vorkamen und zum Theil einen sehr ernsten Charakter zeigten. Alford's Nachforschungen ergaben, dass sämmtliche (6 oder 7) betroffene Familien ihr „Korn" in derselben Mühle hatten mahlen lassen und eine Besichtigung der Mühle legte sofort den Ursprung der Erkrankungen an den Tag. Als man die Mühlsteine aushob, fand sich die Oberfläche derselben mit Blei besprenkelt. Da der Mühlstein nicht sehr fest ist, so entstehen in demselben grosse Löcher, welche man kürzlich, während einer Krankheit des Eigenthümers, mit geschmolzenem Blei ausgefüllt hatte. Das zuerst nach dieser „Ausbesserung" gemahlene Mehl enthielt jedenfalls beträchtliche Mengen des Metalls. Auf der Oberfläche des Steines befanden sich etwa 10 Pfund Blei, welches ebenso wie aus den Höhlungen sofort entfernt wurde. Nach Allem, was Dr. Alford hörte, scheint diese Art der Ausbesserung der Mühlsteine keineswegs ungewöhnlich zu sein, und er hielt sich daher verpflichtet, auf diese Quelle gefährlicher Erkrankungen aufmerksam zu machen. · (S. R. 1877, 152. Gesundheit.)

688. Die Blatta orientalis, das Antihydropin (schwarze Trakanen, Schaben als Pulver oder Infusum) wurde 1876 von Bogomolow und 1877 von S. Unterberger in Petersburg (St. Peterb. med. Wochenschr. 1877) als sehr nützlich bei Nephritis (scarlatinosa) befunden. Die Diurese mehrte sich und der Hydrops nahm ab. Die Krankengeschichten beider Autoren sind sehr sachgemäss gehalten und erwecken kein Misstrauen. U. gab den hydropischen Kindern 0·3 pro dosi 3mal täglich. Bettelheim.

689. Gubler (Journ. de Thérap. 1877), empfiehlt Chinin. bromatum subcutan injicirt gegen Malariafieber. Die Wirkung schon einer kleinen Dose sei sicher und rasch.

690. Einseitige Halswirbelluxation durch Muskelzug. Von Dr. O. Völker. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 8. Band.)

Verf. theilt abermals einen Fall von einseitiger Halswirbelluxation bedingt durch Muskelzug mit, der dadurch von Interesse war, dass zur Zeit der Beobachtung die durch den Krampf der Muskeln bedingte Anschwellung auf der Seite der Luxation nicht mehr ausgesprochen war. Uebrigens gab der Patient an, dass dieselbe Tags vorher bestanden hatte. Die Diagnose wurde durch das Gelingen des Reductionsversuches bestätigt. Der Verf. meint, dass gerade bei Fehlen des Krampfes und Erschlaffung und Abschwellung der Musculatur — also einige Zeit nach der Verletzung — die Möglichkeit einer Verwechslung der einseitigen Luxation mit Torticollis rheumaticus gegeben sei.

A. von Winiwarter.

691. Arsenikbehandlung von Malariafieber in Algier. Von Sistach. (Gaz. méd. de Paris, 1876.)

S. zieht unter allen Arsenikpräparaten die reine arsenige Säure (110 Gramm lösen sich in 1 Liter kochenden Wassers) vor. Er fand als physiologische Wir-

Digitized by Google

kung des Arsens Zunahme von Appetenz und Muskelkraft, Verminderung der Harnstoff- und Kohlensäurebildung, doch war die Wirkung im Ganzen geringer als die des Chinins und schien S. bei Febris subcontinua und auch bei schweren remittirenden Fiebern sogar gefährlich zu sein. Der Fowler'schen Lösung wirft S. Inconstanz vor.

692. Ein Fall von Tetanus, erfolgreich behandelt mit Calabar. Von Frank S. Grant. (The New-York med. Record Nr. 319, 1876. — Centralbl. f. Chir. Nr. 27, 1877.)

In einem Falle von Tetanus, welcher bei einem 21jährigen Patienten in der vierten Woche nach einer ausgedehnten Verbrennung auftrat, gab Verf. von einer alkoholischen Lösung des Extr. physostigmium (1 : 15) anfangs stündlich etwa 5 bis 10 Tropfen, stieg dann rasch fortschreitend bis auf 30 Tropfen stündlich, und als trotzdem die Krämpfe nicht ganz wichen, gab er ausserdem noch (2 Tage nach Beginn derselben) von einer Lösung von Chloralhydrat und Bromkali aa 1 : 4 Wasser, 3stündlich 1 Theelöffel. Darauf erfolgte Besserung. Plötzlich am 16. Tage kam ein Rückfall von allgemeinen Krämpfen, welcher 15 Minuten dauerte; sofort wurden von obiger Alkohol-Lösung 2stündlich 45 Tropfen gegeben; 2 Tage später gab man dieselbe Dosis nur 3 Mal täglich. Wegen nochmaliger Rückkehr der Krämpfe wurden durch weitere 4 Tage 60 Tropfen, und darauf 4mal täglich 30 Tropfen gegeben. Dies war von entscheidendem Erfolg. Verf. räth, obige grosse Dosen von Calabar in ähnlichen Fällen recht frühzeitig anzuwenden.

693. Cataracta bei Diabetes. Zucker in der Krystalllinse. Von Teillais. (Annales de la Société de méd. de Gand. I. Livr. 1877.)

T. operirte bei einem 23jähr. Mädchen, das zur Zeit der Aufnahme in die Klinik 9·6 % Zucker im Harne hatte, beiderseitige Cataracta durch Linearschnitt mit dem besten Erfolge. Die Amblyopie war bei der Kranken zuerst eine vorübergehende, intermittirende, worauf dann schnell und gleichzeitig beiderseitige Cataracta sich entwickelte. Es war dann theilweise Resorption und vorübergehende Besserung des Sehens eingetreten. In den tieferen Augenmembranen bestand keine Veränderung. Beide Linsen zeigten sich bei der chemischen Untersuchung als zuckerhältig. Prof. Schnabel.

694. Praktische Notizen zur Pathologie und Therapie der Krankheiten des Urogenitalapparates. Von C. Hueter. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. VIII. Band, 2. Heft.)

Verf. gebraucht beim Katheterismus des Mannes platte Katheter und glaubt, dass dieselben besonders bei Stricturen den Vorzug vor den runden Kathetern verdienen. Er glaubt, dass das auch anatomisch begründet sei, indem Querschnitte durch Ausgusspräparate der hinteren Theile der Harnröhre, wo ja die meisten und schwersten Stricturen ihren Sitz haben, die Form eines querliegenden Ovales zeigen.

In Fällen von äusserer Urethrotomie und von Lithotomie wendet Verf. mit günstigem Erfolg den nassen Carbolverband und sehr häufige Irrigationen der Blase und der Wunde mit 3% Carbolsäure an, welche Ausspritzungen auch bei der Lithotripsie von wesentlichem Nutzen sind. A. v. Winiwarter.

695. Ueber den Nigrismus. Von Dr. N. Woronichin. (Jahrb. d. Kinderhk. XI. B., 4. H.)

Dr. Woronichin hat folgende 2 Fälle von Nigrismus partialis beobachtet: Ein gesunder, kräftiger, neugeborener Knabe zeigt die linke untere Extremität von den Knöcheln hinauf bis zum oberen Theile des Gesässes, in einer Länge

Digitized by Google

von 25 Ctm. sehr dunkel gefärbt, die pigmentirte Haut ist theilweise mit weichen grauen Haaren bedeckt, diese selbst ist verdickt, stellenweise glatt und uneben, heller und dunkler gefärbt. Ausserdem 3 naevi pigmentosi an der rechten unteren Extremität und an verschiedenen anderen Stellen des Rumpfes, Kopfes, Halses, Gesichtes und der oberen Extremitäten. Die Pigmentirung der Chorioidea war normal.

Der 2. Fall betrifft einen 3 Jahre alten, gesunden Bauernknaben, der am Rücken einen vom 10. Brust- bis 3. Lendenwirbel, 11 Ctm. langen und 12 Ctm. breiten, schwarzen, theilweise mit feinen, langen Haaren bedeckten Fleck hat. Ein jüngeres Schwesterchen hat an der linken Hand einen überzähligen Finger neben dem kleinen Finger. Eisenschitz.

696. Ein Fall von Lupus erythematosus am Penis. Von Dr. Henry G. Piffard. (Archives of Dermatol. 1877. Aprilh.)

Autor betont die Seltenheit dieser Localisation des L. erythematosus. Bei einem 38 Jahre alten Manne fanden sich auf der Eichel zwei getrennte, von rothen erhabenen Rändern begrenzte, in der mittleren Partie flach deprimirte Scheiben. Zwei andere occupirten einen Theil der Glans und der nachbarlichen Rückenfläche des Penis. Der erhabene Rand war roth und mit dünnen Schuppchen bedeckt. Da P., der die Affection anfangs für Herpes tonsurans hielt, von der Application eines Ung. hydrarg. ammon. binnen wenigen Tagen keinen Erfolg sah, kam er auf die Vermuthung, dass das Uebel nicht Ringworm, sondern Lupus erythematosus sei. Er schnitt darauf hin die ganze Partie aus und ätzte die auf der Eichel selbst bestandenen Scheiben mittelst Glühdraht. Die histologische Untersuchung ergab Zelleninfiltration der Papillarschichte. K . . .

697. Ein Fall von Irido-chorioiditis, geheilt durch Erysipelas faciei. Von Walb. (Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1877, Juniheft.)

W. sah am 1. Februar 1877 zum ersten Male einen 36jähr. Mann, der links auf 3′ Finger zählte, rechts S $^1/_9$ hatte. Links war die Vorderkammer ganz aufgehohen. Die Pupille durch eine Schwarte verschlossen. Rechts bestand starker Beschlag der Descemeti, 5 hintere Synechien, starke, flockige Glaskörpertrübung. Die Synechien rissen bis auf eine durch Atropin und am 10. März sollte wegen des unveränderten Beschlages der Descemeti die Paracentese gemacht werden. Da ward der Kranke von einer Gesichtsrose befallen, und als er sich am 10. Mai vorstellte, war das Exsudat aus der vorderen Kammer geschwunden, der Glaskörper absolut klar, S = 1. Prof. Schnabel.

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

698. K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung am 26. October 1877.

Prof. v. Bamberger stellt einen combinirten Fall von Muskelatrophie und Muskelhypertrophie vor. Die Combination dieser beiden Formen wurde in neuerer Zeit häufiger beobachtet, so dass jedenfalls beide Processe in einer nahen Beziehung zu einander stehen. Der Gegensatz ist mehr in der Bezeichnung gelegen als in der Wirklichkeit, denn bei der Muskelhypertrophie findet ja auch eigentlich eine Atrophie des Muskelgewebes statt. Der Unterschied liegt darin, dass schliesslich compensatorisch eine luxurirende Entwicklung von Fett- und Bindegewebe stattfindet. Eine rudimentäre derartige Entwicklung von Fettgewebe findet

Digitized by Google

übrigens auch nicht selten bei Fällen von reiner Muskelatrophie statt. Betrachtet man das Muskelsystem des 14jährigen Knaben, so kann man im Allgemeinen sagen, dass die Muskeln der Brust und des Schultergürtels atrophisch sind, am meisten die Pectorales beiderseits und die Serr. ant. majores, woraus die Erscheinungen der Serratuslähmung resultiren. Einzelne Muskeln an den oberen Extremitäten zeigen jedoch schon beträchtliche Verdickung, so die Deltoidei, die Extensoren der Hand. Die Muskeln der unteren Extremitäten sind in kolossaler Weise entwickelt, namentlich die der Waden. Die Function der Muskeln ist dabei in hohem Grade herabgesetzt, so dass der Kranke weder gehen noch stehen kann und auch nicht im Stande ist, die Bewegungen der oberen Extremitäten mit normaler In- und Extensität vorzunehmen. Das Anfühlen der Muskeln ist verschieden an verschiedenen Stellen, einzelne zeigen eine mehr schlaffe Beschaffenheit, andere eine beträchtliche Consistenz, und es dürfte an den letzteren die Bindegewebswucherung über die Fettwucherung prävaliren. Die Wirbelsäule zeigt in ihrem unteren Abschnitte eine lordotische Krümmung, dadurch bedingt, dass die massenhaft an der hinteren Peripherie des Körpers entwickelte Musculatur den Schwerpunkt des Körpers mehr nach hinten verlegt. Die Haut des Kranken hat ein mehr marmorirtes Aussehen und eine kühle Beschaffenheit, sonst zeigt sie keine Abnormität. Die elektrische Erregbarkeit gegen beide Stromarten stark herabgesetzt, sowohl an den atrophischen als an den hypertrophischen Muskeln. Im Gesichte ist eine beträchtliche Entwicklung des Fettgewebes bemerkbar. Anamnestisch liess sich über die Entstehung und Entwicklung des Leidens nichts eruiren. Hereditäre Verhältnisse liegen nicht vor. Die Krankheit scheint in frühester Jugend sich entwickelt zu haben. Anfangs konnte der Kranke gut laufen, erst im fünften Lebensjahre stellten sich Lähmungserscheinungen an unteren Extremitäten ein.

Sitzung am 2. November 1877.

Prof. Stricker: Ueber das Vorkommen von Vasodilatatoren in den hinteren Lendennervenwurzeln. Von Cossy unter Vulpian's Leitung angestellte Versuche, welche gegen das von dem Vortragenden nachgewiesene Vorkommen der genannten Nerven sprechen, scheinen dem Vortragenden zu einem solchen Widerspruche nicht ausreichend. Die Behauptung von der Existenz centrifugaler Fasern in den hinteren Wurzeln ist auf die Resultate mechanischer Reizungen gestützt worden. Herr Cossy hat hierüber auch getreu berichtet, aber die mechanische Reizung doch nicht vorgenommen. Wenn elektrische Reizungen der hinteren Wurzeln positive Erfolge geben, beweisen sie nichts, weil es nicht möglich ist, die vorderen Wurzeln vor Stromschleifen zu schützen. Dies habe er (Str.) ausführlich angegeben. Ebensowenig können die negativen Ergebnisse der elektrischen Reizungen als Gegenbeweise angeführt werden. Str. hat zur Zeit der Publication über Experimente an acht Hunden verfügt, und in allen hatten mechanische Reizungen der hinteren Wurzeln Temperatursteigerungen zur Folge. Seit jener Zeit hat er noch zwei Versuche zu Unterrichtszwecken angestellt und beide wieder mit demselben Erfolge. In all diesen 10 Versuchen ist es ausnahmslos gelungen, durch wiederholte, aufeinanderfolgende Abbindungen je einer der genannten Wurzeln die entsprechende Pfote bis nahe der Bluttemperatur zu bringen, und in absoluten Zahlen ausgedrückt, in etwa 10 Minuten die Temperatur um 10 bis 15 Grade zu erhöhen. Herr Prof. Stricker glaubt auch seine Versuche mit solcher Vorsicht ausgeführt zu haben, dass er keinem Einwande Raum geben kann.

Prof. Schrötter: Ueber Echinococcus der Leber. S. macht zunächst die Bemerkung, dass diese Erkrankung hier als eine überaus seltene zu betrachten sei, indem nach den Berichten der drei grossen Krankenhäuser über 32.500 im Jahre 1876 Behandelte nur 3 Fälle von Echinococcus angeführt werden. Der Kranke, welchen S. vorstellt, ist 32 Jahre alt und datirt seine Beschwerden

Digitized by Google

auf 14 Jahre zurück. Der Fall ist durchaus nicht ganz klar; es muss erst bewiesen werden, dass es sich in der That um Echinococcus der Leber handelt. Dass die am rechten Hypochondrium wahrnehmbare undeutlich fluctuirende Geschwulst in der That der Leber angehöre, ist zweifellos, welcher Art aber diese Geschwulst sei, muss auf dem Wege der Ausschliessung eruirt werden. Es könne sich entweder um eine Fettleber oder eine Speckleber, um ein Neoplasma, chronischen Abscess oder Echinococcus in der Leber handeln. S. schliesst die erstgenannten Erkrankungen in bekannter Weise aus und gelangt zu der Wahrscheinlichkeitsdiagnose, dass es sich um einen Leberechinococcus handeln dürfte. Aetiologische Momente, namentlich der Umgang mit Hunden, liessen sich in diesem Falle wie in den meisten (? R.) anderen, nicht constatiren; auch an Taenia (durch Selbstinfection erhält der Träger einer der beim Menschen vorkommenden Tänien wohl einen Cysticercus cellulosae, aber keinen Echinococcus, R.) hat der Kranke niemals gelitten. Icterus fehlt in diesem Falle; derselbe ist übrigens begreiflicher Weise bei dieser Erkrankung keine nothwendige Erscheinung und wird auch nur in 5 Percent der Fälle beobachtet. Was die Fluctuation anlangt, so ist dieselbe nicht deutlich wahrnehmbar, jedoch lässt sich eine gewisse Elasticität nicht verkennen. S. bespricht hierauf das sogenannte Hydatidenschwirren, welches nach ihm in Uebereinstimmung mit Skoda gegen Briançon und Piorry in nichts anderem als in der Wahrnehmung einer klein- und feinwelligen Fluctuation besteht und keinen Rückschluss auf den Gehalt des Cystensackes an secundären Blasen gestatte. Das Phänomen habe nur deshalb für die Diagnose der Echinococcuskrankheit eine gewisse diagnostische Bedeutung, weil, wenn es an der Leber oder Milz nachgewiesen werde, damit die Anwesenheit eines grossen Flüssigkeitssackes in diesen Organen festgestellt sei, und da nach den pathologischen Erfahrungen grosse Cystensäcke in diesen Organen kaum durch andere Processe als die Echinococcuserkrankung hervorgerufen werden, so gestatte diese an den genannten Organen wahrgenommene Erscheinung die Diagnose auf die in Rede stehende Erkrankung zu stellen. Bei dem vorgestellten Kranken ist diese Erscheinung nicht nachweisbar. Um nun die Diagnose in diesem Falle sicherzustellen, bleibt nichts übrig, als die Probepunction an der Leber vorzunehmen. Dieselbe wird von den Autoren als ganz ungefährlich bezeichnet und S. hat sie an der Milz mit günstigem Resultate ausgeführt. Nur in einem Falle trat ein unangenehmes Ereigniss ein, nämlich rapide Collapserscheinungen nach der Punction, hervorgerufen durch eine bedeutende Hämorrhagie in den Peritonealsack. Das beträchtliche Extravasat war jedoch bereits nach 3 Tagen vollständig resorbirt und damit jede Gefahr beseitigt. In therapeutischer Beziehung glaubt S. nach seinen Erfahrungen an der Punction mit nachfolgender Jodinjection festhalten zu müssen, weil diese Methode in den von ihm beobachteten Fällen Heilung herbeiführte. S. verspricht über die Resultate der demnächst vorzunehmenden Probepunction der Gesellschaft zu berichten.

Prof. Müller bemerkt, dass die Echinococcuskrankheit in Island so häufig sei, dass beinahe der siebente Theil aller Einwohner an derselben leidet. In ätiologischer Beziehung liess es sich dort mit Sicherheit constatiren, dass die Erkrankung durch Hunde auf den Menschen übertragen werde.

Prof. v. Dumreicher erwähnt 2 Falle seiner Beobachtung. Beim ersten handelte es sich um einen Leberechinococcus, welcher punctirt wurde und nach der Punction die Canüle, später ein elastischer Katheter an ihrer Stelle in der Geschwulst belassen wurde. Die Geschwulst verkleinerte sich bis auf Nussgrösse. Später stellten sich die Erscheinungen einer Pleuritis ein, welche durch den Durchbruch einer zweiten Cyste in die Brusthöhle bedingt war. Der zweite Fall betraf eine Frau, welche an zwei Echinococcusgeschwülsten auf der linken Brust litt. In diesem Falle musste die Excision der Geschwulst gemacht werden.

Digitized by Google

Prof. Dittel bemerkt, dass er das Hydatidenzittern nicht als eine kleinwellige Fluctuation gefühlt habe, sondern als ein zartes Reiben.

Prof. Weinlechner erwähnt eines Falles, welchen er im Doctorencollegium vorgestellt. Es handelte sich um einen kolossalen Echinococcussack der Leber. W. machte die Probepunction, darnach trat im ganzen Umfange der Geschwulst tympanitischer Schall und gleichzeitig damit Fieber auf. W. machte nun die Punction mit einem grossen Instrumente und entleerte den Inhalt der Cyste, worauf allerdings erst nach Ablauf eines Jahres Heilung eintrat. In diesem Falle hätte also die mit einem Explorativtroicart ausgeführte Probepunction eine jauchige Zersetzung des Cysteninhaltes herbeigeführt. W. plaidirt nach seinen Erfahrungen für die Ausführung der Probepunction mit der Pravaz'schen Spritze.

Prof. Schrötter beharrt bei seiner Anschauung über das Hydatidenzittern und verspricht demnächst dasselbe an einem mit Wasser gefüllten Magen der Gesellschaft zu demonstriren. An ein Hervorgebrachtwerden durch Reiben der Tochterblasen aneinander könne bei der Glätte ihrer Wandungen nicht gut gedacht werden.

v. Dumreicher bestreitet diesen letzten Punkt; die Membranen seien nicht ganz glatt und beträchtlich dick, das Hydatidenzittern sei ganz eigenthümlich und werde nie bei Ovariencysten gefühlt. In Bezug auf den Einstich erklärt v. D, dass derselbe bei Vermeidung des Lufteintrittes ganz ungefährlich sei, nur wenn die Cyste nicht ganz oberflächlich liegt, könne es durch die Verletzung des Leber-Parenchyms zu heftigen Blutungen kommen, wie diese auch bei Cystenkröpfen manchmal sogar mit letalem Ausgange beobachtet werden.

Dr. Rabel erwähnt zuerst einen Fall von Cystenkropf, in welchem es nach der Punction mit der Pravaz'schen Spritze zur Verjauchung kam und die Cyste gespalten werden musste; der Kranke ist übrigens genesen. In Bezug auf die Echinococcuskrankheit erwähnt er eines von ihm beobachteten Falles, in welchem von mehreren Aerzten bei einem Manne, welcher an Syphilis litt, die Diagnose auf Leberechinococcus gestellt wurde. Den Kranken, welcher sich der von anderen Aerzten empfohlenen Operation nicht unterziehen wollte, liess R. eine Schmiercur durchmachen, worauf die Geschwulst vollkommen verschwand. Dieselbe war früher fast mannsfaustgross gewesen und zeigte die deutlichste Fluctuation.

Prof. Weinlechner ist der Ansicht, dass man beim Echinococcus durch die Punction mit der Pravaz'schen Spritze keinen Schaden anrichten dürfte, besonders keine Hämorrhagie zu befürchten habe. Beim Cystenkropf seien die Verhältnisse anders, hier sei die Innenwand oft genug ausserordentlich vascularisirt und daher treten leicht Blutungen ein, sobald der Druck in der Cyste nachlässt. Die Injectionen nach Störk halte er für nicht ganz ungefährlich, wenigstens nach den Erfahrungen, welche er in einem Falle gemacht habe.

Prof. Störk erwähnt, dass er niemals bei diesen Injectionen einen Misserfolg habe beobachten können. Was die plötzlich eintretenden Hämorrhagien anlangt, so sei nur ein derartiger Fall, welcher von Schwalbe mitgetheilt wurde, bekannt.

v. Dumreicher erwähnt, dass Blutungen bei Punction des Cystenkropfes aus zwei Gründen eintreten können; erstens wegen des plötzlichen Nachlasses des Druckes, zweitens dann, wenn an einer Stelle punctirt wird, wo noch Schilddrüsenparenchym über der Cystenwand gelagert ist.

Prof. Schrötter erwähnt, dass er jüngst eine solche heftige Blutung, welche durch die Verletzung eines grossen Gefässes im Schilddrüsenparenchym hervorgerufen wurde, bei einer galvanokaustisch vorgenommenen Spaltung des Cystenkropfes beobachtet habe. Es musste das blutende Gefäss herausgezogen und unterbunden werden.

Digitized by Google

Sitzung am 9. November 1877.

Herr Prof. v. Dumreicher demonstrirt das Präparat einer kindskopfgrossen Echinococcencyste in der Leber, welche bei einem 19jährigen Mädchen leicht diagnosticirt werden konnte. Dieselbe wurde mit einem grossen Troicart punctirt, die Canule liegen gelassen, durch dieselbe ein Katheter gezogen; es trat Entzündung mit Eiterung ein, es entleerten sich mehrere Hundert von Tochtercysten. Die Geschwulst verkleinerte sich schliesslich bis zur Hühnereigrösse. Bald darnach trat jedoch plötzlich wieder Fieber ein, Schmerz auf der rechten Seite, und es kam zum letalen Ausgange. Bei der Section fand sich ein zweiter Echinococcus, welcher inzwischen gewachsen, mit dem Zwerchfelle in innige Adhäsion getreten war und in die Pleurahöhle hinein sich eröffnet hatte. v. D. spricht sich nach seinen Erfahrungen dahin aus, dass die Fälle von Echinococcus, in welchen sehr viele secundäre Blasen vorhanden waren, häufig letal verlaufen, und dass die Prognose am ungünstigsten sei, wenn nicht eine solitäre Cyste, sondern mehrere solche vorhanden seien.

Prof. Weinlechner's Vorstellung von Kranken. Der erste Fall betrifft eine Frau, bei welcher W. die intrabuccale Resection des N. inframaxillaris vornahm. Es ist dies der 5. derartige von ihm operirte Fall und es trat in allen Fällen, soweit der bisherige Verlauf ein Urtheil gestattet, Heilung ein. Die Kranke litt seit zehn Monaten vor der Operation an Schmerzen im Gebiete des 3. Astes des Trigeminus, und da der Schmerz zunächst von der rechten Zungenhälfte ausging, dann erst auf den Unterkiefer übergriff, entschloss sich W. sowohl den N. inframaxillaris als den N. lingualis zu reseciren, was er auch nach der Paravicinischen Methode durchführte. Nach der Resection zeigte sich eine sensitive Lähmung an der Aussenseite des Unterkiefers, am inneren Theile der Backe, am Boden der Mundhöhle und der rechten Zungenhälfte. Ueberdies war und ist bis jetzt die rechte Zungenhälfte an ihrem vorderen Antheile der Geschmacksempfindung vollständig beraubt. W. hat bereits einmal den Lingualis resecirt und damals den Kranken nach der Operation von Brücke untersuchen lassen. Brücke äusserte sich in Bezug auf die im Lingualis verlaufenden Geschmacksfasern, dass dieselben nicht vom Trigeminus abstammen, sondern diesem Nerven auf seinem Verlaufe durch Anastomosen mit Aesten des Glossopharyngeus zukommen. Der zweite Kranke, welchen W. vorstellt, ist seit seinem 11. Lebensjahre mit Epilepsie behaftet, und litt an angeborenen Klumpfüssen höchsten Grades. Er hat in Folge dessen sehr häufig schmerzhafte Excoriationen an der Aussenseite des Fusses und entschloss sich zur Vornahme einer Operation. W. machte beiderseits die Operation nach Pirogoff; beide Male wurde der Rest des Fersenbeines angenagelt. Die Heilung erfolgte an dem einen Beine nach zwei, am anderen nach drei Monaten. Die Functionen der Extremitäten haben sich bisher nicht auffallend gebessert, jedoch steht zu erwarten, dass dies der Fall sein wird, wenn die Empfindlichkeit der Narbe aufgehört hat. Anschliessend hieran macht er Mittheilung über die Operation eines Falles von Akne rosacea, welche er zur Zeit, als er die chirurgische Klinik supplirte, ausgeführt hat. Er schnitt ein kleeblattähnliches Stück aus der Mitte der Geschwulst heraus und vereinigte die Ränder des Schnittes in Form eines Y miteinander. (Demonstrirt die entsprechenden Abbildungen.)

Prof. Hebra berichtet über 2 Fälle von hochgradigem Rhinophyma, welche er jüngst operirte. H. trug einfach einen Lappen nach dem anderen von der vergrösserten Nase ab, bis dieselbe eine entsprechende Form erhielt und zwar trug er erst der Länge, später der Breite nach ab. Dieses Abtragen musste stets in gehörigen Intervallen vorgenommen werden, wegen der heftigen Blutungen aus diesen Wucherungen. H. demonstrirt die entsprechenden Abbildungen eines Gypsabgusses.

Digitized by Google

Prof. Dittel erwähnt eines Falles, welchen er operirte, indem er die gewucherten Massen mit der elastischen Ligatur abschnürte und wo ein ganz entsprechender cosmetischer Effect zu verzeichnen war.

Prof Schrötter berichtet zuerst, dass er in dem in der letzten Sitzung vorgestellten Falle die Explorativpunction vorgenommen habe, wobei die charakteristische wasserhelle Flüssigkeit sich entleerte. Hackenkränze wurden in derselben nicht vorgefunden. Hierauf stellte S. eine Kranke vor, bei welcher es zur Entwicklung mehrerer Trachealtumoren gekommen ist. Es illustrirt dieser Fall in treffender Weise die von S. früher aufgestellte Behauptung, dass hochgradige Verengerungen der Trachea beim Menschen dann mit einer erträglichen Existenz vereinbar sind, wenn dieselben allmälig zur Entwicklung kommen. Bei der Kranken findet sich in der Höhe des vierten Trachealknorpels eine Geschwulst, welche das Lumen der Trachea fast vollständig obliterirt; sie sitzt auf der hinteren Wand derselben auf und geht mit jeder Respiration hin und her und man kann dabei sehen, wie sie sich an der vorderen Trachealwand abreibt. Die Möglichkeit des Athmens ist dadurch gegeben, dass in dem Momente, als die Geschwulst ad maximum heruntergezogen wird, Luft durchstreichen kann. Interessant ist es, dass man in diesem Momente noch tiefer unten eine ziemlich grosse Geschwulst zu Gesichte bekommt, welche sonst von der früher erwähnten verdeckt ist. S. ist der Meinung, dass es sich wohl um ein Carcinoma epitheliale handeln dürfte. Er will den Versuch machen, einen Theil des Tumors tracheoskopisch zu entfernen, dann tracheotomiren und den Rest der Geschwulst exstirpiren. S. demonstrirt die Kranke bei Magnesiumlicht.

Hierauf stellt Hr. Docent Dr. Hofmokl einen Kranken vor, bei welchem er die Radicaloperation der Hernie mit Erfolg ausführte. Die Hernie war eine freie Netzdarmhernie, bestand seit fünf Jahren und war seit vier Jahren in den Hodensack herabgetreten. Da das Tragen eines Suspensoriums, das Massiren, die Anlegung einer hohlen Pelotte die heftigen Beschwerden des Kranken nicht beseitigten, entschloss er sich zur Operation. Dieselbe wurde am 20. Juni d. J. von H. ausgeführt. Er legte den Bruchsack bloss, durchschnitt ihn, trug das ganze Netz ab, reponirte und vernähte den Bruchsack und die Wunde mit Catgut. Die Operation wurde streng nach Lister durchgeführt. Nach drei Tagen kam es zu einem Hodenabscesse, später entwickelte sich ein zweiter und dazu gesellten sich die Erscheinungen der Peritonitis. Nach massenhafter Eiterentleerung aus der Bruchpforte trat nach Ablauf von zwei Monaten Heilung ein. Es ist dies der 19. Fall, in welchem die Radicaloperation der Hernie ausgeführt wurde.

Im Anschlusse hieran stellt er drei Fälle von Hüftgelenkluxationen vor und zwar eine traumatische und zwei angeborne. Die letzteren betreffen Mädchen von 4 und 11 Jahren und sind bei dem jüngeren beiderseitig, bei dem letzteren einseitig. Der dritte Fall betrifft einen 4jährigen Knaben, welcher vor zwei Jahren auf den Boden fiel und dabei von seiner Mutter beim Fusse erfasst wurde. Es trat eine Luxation in das Foramen ovale ein. Es ist eine sehr starke Abductionsstellung der betreffenden Extremität vorhanden, wodurch, da die Anziehung des Beines unmöglich ist, eine sehr charakteristische Gangart entsteht. H. ist der Ansicht, dass in diesem dritten Falle von der Vornahme des Brisement forcé etwas zu erwarten sei.

Hr. Prof. Dr. Dittel erwähnt, dass er im vorigen Juli gleichfalls die Radicaloperation einer Hernia inguinalis, welche nicht ganz reponibel war, vorgenommen habe. Auch er machte die Operation streng nach Lister. Es wurde das Netz abgetragen, die Adhäsionen gelöst, der Darm reponirt, mit Catgut ligirt und Drainage angelegt. Es trat an demselben Tage retroperitoneales Exsudat auf, welches jedoch nicht vereiterte; sonst war der Verlauf günstig, bis auf intercur-

Digitized by Google

rente Blutung aus der Wunde, deren Ursache nicht eruirt werden konnte. Es erfolgte vollständige Heilung.

Herr Prof. Stricker setzt seine Mittheilungen aus der vorigen Sitzung fort. Er hat in der letzten Sitzung, und das war unmittelbar, nachdem ihm der Bericht des Herrn Cossy bekannt geworden war, gegen die Aussage desselben Einsprache erhoben. Inzwischen aber hat er, — da eben der Widerspruch zu erneuter Prüfung aufforderte — einen neuen Versuch ausgeführt. Der Erfolg war wieder so entschieden, dass S. seine Aussage: „Die hinteren Rückenmarkswurzeln des 4. und 5. Lendennervenpaares geben dem Ischiadicus Vasodilatatoren", nur noch bestimmter aufrecht erhalten muss.

Prof. Heschl: „Ueber Arthritis uratica." Die Veranlassung zu diesem Vortrage gab die Section eines Mannes, welcher an Carcinom des Retroperitoneums gestorben war, in dessen Gelenken, namentlich an den Kniegelenken, aber auch an den kleineren Gelenken des Fusses ausser den Veränderungen, welche der gewöhnlichen Arthritis deformans angehören, sich weissliche Ablagerungen zeigten, welche sich als Concretionen, die aus phosphorsaurem Kalk und phosphorsaurer Magnesia bestehen, erwiesen. H. hatte anfangs nach dem Resultate der mikroskopischen Untersuchung geglaubt, er hätte es mit Nadeln von harnsaurem Natron zu thun, jedoch war die Murexydprobe negativ ausgefallen. H. suchte nun bei dem Umstande, dass er niemals Gelegenheit gehabt, eine wahre Arthritis uratica zu beobachten, sich in den Besitz eines solchen Präparates zu setzen, und schrieb deshalb an einen Dubliner Freund, er möchte ihm ein derartiges Gelenk zukommen lassen. Dieser wendete sich an Bennet, welcher H. einige diesbezügliche Präparate einschickte, an denen die Arthritis uratica in ausgezeichneter Weise entwickelt ist. Es sind die Gelenkflächen der ergriffenen Gelenke mit einer weissen, porzellanartigen Masse überzogen, welche sich bei chemischer und mikroskopischer Untersuchung als harnsaures Natron erweist. H. macht auf die Seltenheit derartiger Befunde aufmerksam, indem nur von Virchow und Lister derartige Fälle erwähnt wurden. Prof. Rokitansky bemerkt hiezu, dass im pathologischen Museum sich ein derartiges Präparat vorfinde, welches er vor 30 Jahren der Sammlung einverleibt habe. Es entstammte einem jungen Manne, dessen Gelenke fast sämmtlich mit einer solchen weisslichen Masse belegt waren. Die damals vorgenommene chemische Untersuchung habe wohl gezeigt, dass eine gewisse Menge von harnsaurem Natron in dieser Masse enthalten sei, er habe jedoch an der Richtigkeit des chemischen Befundes gezweifelt und deshalb die Publication des Falles unterlassen.

Sitzung am 16. November 1877.

Dr. H. Chiari: „Demonstration eines primären Lungensarkoms." Das Präparat stammt von einem 14jährigen Mädchen, welches im Kronprinz Rudolf-Kinderspitale an Erysipelas faciei verstorben war. Bei der Section zeigten sich ausser dem im Leben schon nachweisbaren allgemeinen Oedem und leichten hyperämischen Zuständen in den Unterleibsorganen, die hauptsächlichsten Veränderungen im Brustraume. Am Herzen fand sich nämlich eine active Dilatation des rechten Herzens und Hydropericardium geringen Grades. In der linken Lunge, welche angewachsen und deren Parenchym ödematös war, fand sich in der Spitze eine umschriebene Schwiele, in der rechten, welche im ganzen Umfange, besonders innig im Oberlappen an die Thoraxwand adhärirte, fiel der Oberlappen durch seine harte Beschaffenheit auf, während die Unter- und Mittellappen comprimirt erschienen; im Unterlappen war es ausserdem zur Entwicklung eines pneumonischen Herdes gekommen. Der Durchschnitt des Oberlappens, welcher zum Theil nur mit Zuhilfenahme der Säge ausgeführt werden konnte, lehrte, dass in demselben eine kugelige Geschwulst von 10 Ctm. Durchmesser sich entwickelt hatte, die sich schon makroskopisch durch ihre eigenthümliche Spaltbarkeit als ein Spindelzellensarkom manifestirte. In ihrem Centrum war die Geschwulst von

Digitized by Google

ausserordentlicher Consistenz und dies war, wie die nähere Untersuchung ergab, durch eine Verkalkung des Lungenparenchyms an den betreffenden Stellen bedingt. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte vollkommen die schon durch den makroskopischen Befund wahrscheinlich gemachte Diagnose, sie zeigte ferner, dass die Geschwulst gegen das Lungenparenchym unvollständig sich abgrenzte, indem sich letzteres in die Geschwulst hinein verliert, endlich dass im Innern derselben sich neben Lungenpigment zahlreiche mit Flimmerepithel ausgekleidete Canäle — offenbar Bronchiolen — vorfanden, so dass an der Entwicklung der Geschwulst aus der Lunge nicht gezweifelt werden kann. Ueber die Derivation dieser Spindelzellen kann Ch. nichts aussagen. Dass das Spindelzellensarkom in der That primär in der Lunge zur Entwicklung gekommen war, bewies die von Ch. vorgenommene genaue Untersuchung aller anderen Organe, besonders der Knochen, welche nirgends eine ähnliche Geschwulst auffinden liess. (Ch. demonstrirt mikroskopische Präparate der Geschwulst.)

Dr. Heitler: „Ueber den diagnostischen Werth der Epithelien in den Sputis." Buhl stellte den Satz auf, dass man durch die mikroskopische Untersuchung der Sputa im Stande sei, nicht nur die acute Miliar-Tuberculose, sondern auch die genuine reine und käsige Pneumonie, noch bevor die kleinsten Herde durch Percussion und Auscultation nachweisbar sind, zu erkennen. Dieser im Jahre 1872 ausgesprochenen Ansicht sind seither Paul Niemeyer, Rühle und Amburger mehr oder weniger vollständig beigetreten, und zwar stimmen alle diese Autoren darin überein, dass dem reichlichen Vorkommen von Alveolarepithelien in den Sputis der Phthisiker ein diagnostischer Werth zukomme. Fischl dagegen kam nach seinen mit grosser Genauigkeit durchgeführten Untersuchungen zu dem Resultate, dass er nicht im Stande sei, das Sputum eines phthisischen Individuums von dem eines mit einem einfachen Katarrhe behafteten zu unterscheiden. H. hat nun ebenfalls die Epithelialformationen der Sputa zum Gegenstande eines sorgfältigen Studiums gemacht und stellte sich dabei die Frage, ob bei Erkrankungen der Lunge, welche zur Phthise führen, Epithelialformationen in den Sputis vorkommen, welche bei anderen Erkrankungen, die nicht zur Phthise führen, nicht beobachtet werden. Diese Frage muss H. entschieden verneinen, indem er behauptet, dass alle diejenigen Epithelien, welche man bei Phthise findet, auch bei den verschiedenen anderen Erkrankungen, welche nicht zur Destruction der Lungen führen, aufgefunden werden können. H. begründet diesen Ausspruch, indem er ausführlich über die Resultate berichtet, die er durch die Untersuchung dieser Epithelialformationen im Auswurfe von Lungenkranken gewonnen. Er hebt besonders hervor, dass der Ausdruck Alveolarepithelien ganz ungerechtfertigt sei, indem alle jene Eigenschaften, welche nach den Angaben der Autoren für diese Zellen charakteristisch sein sollen, auch aus anderen Regionen des Respirationstractus stammenden Epithelien zukommen, namentlich den Epithelzellen, welche aus den tieferen Schichten des Bronchialepithels stammen. H. ist der Ansicht, dass gerade bei Bronchialkatarrhen, wenn der Process vorzugsweise in den Epithelien seinen Sitz hat, diese sogenannten Alveolar-Epithelien in besonderer Häufigkeit auftreten, und dass es der begleitende Bronchialkatarrh an und für sich, nicht aber die Erkrankung des Lungenparenchyms ist, welche zu dem massenhaften Auftreten derselben in den Sputis mancher Phthisiker führt.

Sitzung am 23. November 1877. Dr. N. Weiss: „Ueber progressive Muskelatrophie."

W. bespricht zuerst die myopathische Theorie, deren gänzliche Unhaltbarkeit er nachweist und gelangt an der Hand der von französischen, deutschen und englischen Autoren, namentlich von Charcot und Clarke aufgedeckten anato-

Digitized by Google

mischen und klinischen Thatsachen zur Aufstellung der folgenden Theorie über das Wesen und die Pathogenese der progressiven Muskelatrophie: Die pathologische Grundlage der progressiven Muskelatrophie ist stets eine mit Degeneration gepaarte Atrophie der grossen multipolaren Ganglienzellen der grauen Vordersäulen. Diese Atrophie führt in secundärer Weise, sei es in Folge der innigen Beziehungen dieser zelligen Gebilde zur Ernährung der Musculatur, sei es in Folge einer Fortpflanzung des chronisch entzündlichen Processes längs der Nervenbahnen zu den Muskeln zu einer Atrophie derjenigen Musculatur, welche von den centralen Erkrankungsherden innervirt wird. Diese Veränderung kann primär auftreten und ist dann die Grundlage der wahren progressiven Muskelatrophie, sie kann sich aber auch an andere Processe im Rückenmarke anschliessen und stellt dann die anatomische Grundlage der sogenannten secundären Muskelatrophien dar. Alle diese Processe sind dadurch ausgezeichnet, dass sie chronisch beginnen und chronisch verlaufen und dass der Process im Beginne nicht sofort grosse Abschnitte in den genannten Partien des Rückenmarkes afficirt, sondern dass von demselben einzelne Gruppen von Ganglienzellen der Reihe nach befallen werden, so dass hieraus die charakteristische Erscheinung dieser Erkrankung — die Progression — resultirt. Das Vorkommen von Veränderungen an anderen Partien des Rückenmarkes und an den peripheren Nerven ist bei der Rückwirkung centraler Processe auf die peripheren Nerven einerseits, andererseits aber bei der bekannten Thatsache der Fortpflanzung chronisch entzündlicher Processe im Rückenmarke in auf- und absteigender Richtung, auf benachbarte und entferntere Partien desselben leicht begreiflich. W. demonstrirt hierauf einen Fall von progressiver Muskelatrophie, welcher sich mit den Symptomen der progressiven Bulbaerparalyse combinirt hat. Er betrifft einen 40jährigen Mann, bei dem vor 18 Monaten Lähmungserscheinungen und Atrophie an der rechten Hand und an dem rechten Vorderarme eintraten; bald darauf stellten sich ähnliche Erscheinungen an den Schultermuskeln, an den Oberarmmuskeln beiderseits und den Muskeln der linken unteren Extremität ein. Seit acht Monaten klagt der Kranke über Beschwerden beim Kauen, Schlingen und Sprechen, welche allmälig zunehmen. Bei Betrachtung des Muskelsystems des Kranken lassen sich leicht die typischen atrophischen Zustände an demselben bemerken, ausserdem, und zwar in selten schöner Weise entwickelt, fibrilläre Zuckungen, welche an fast allen afficirten Muskeln in ausgeprägter Weise zu constatiren sind, namentlich an denjenigen, welche eben der Atrophie verfallen sind, wo eine förmlich wogende Bewegung der Muskeln bei Entblössung des Kranken erscheint. Das gänzliche Fehlen von Sensibilitätsstörungen und von Störungen in der Function der automatischen Centren, ebenso wie der eigenthümliche Verlauf der Atrophie lassen die Diagnose mit ebenso viel Leichtigkeit als Sicherheit stellen. Daneben lassen sich aber noch andere Störungen constatiren. Sie betreffen die Muskeln der Lippe, der Zunge, des weichen Gaumens, des Rachens und des Kehlkopfes. An allen diesen Muskeln demonstrirt dann W. in eingehender Weise die Lähmungserscheinungen und die hierdurch bedingten Functionsstörungen. An der Zunge macht er ferner auf die auffallende Atrophie derselben, auf die Runzelung ihrer Oberfläche, auf das schwammige Anfühlen, welches sie darbietet, und endlich auf die durch fibrilläre Zuckungen ihrer Muskelsubstanz bedingten, deutlich sichtbaren wurmförmigen Bewegungen aufmerksam. Er bespricht hierauf die Beschwerden des Kranken beim Kauen, Schlingen und Sprechen, wobei er zeigt, dass, während der Kranke, wenn er das Alphabet hersagt, fast alle Vocale und Consonanten mit Ausnahme einiger — J, K, Qu, X, G, T, P, R — ganz verständlich und zum Theil correct ausspricht, die Sprache desselben beim Aussprechen von Sätzen fast ganz unverständlich wird. Es beruht dies nach der Ansicht des V. darauf, dass der Kranke beim Phoniren eines einzelnen Lautes seine Innervation concentrirt, während er beim

Digitized by Google

Aussprechen eines Wortes oder noch mehr von längeren Sätzen seine Innervationskräfte zu zersplittern gezwungen ist. Zu den Erscheinungen der Salivation, zu Respirationsbeschwerden, namentlich Behinderung der Exspiration und zu dyspnoischen Anfällen ist es bei dem Kranken noch nicht gekommen. W. schliesst mit einer kurzen Schilderung der klinischen Erscheinungen der progressiven Bulbaerparalyse.

Dr. Benedict Schulz bemerkt hiezu, dass er selbst in dem Stadium der Krankheit, wo die Schlingbeschwerden den höchsten Grad erreicht hatten, im Stande war, durch Reizung des Hypoglossus einer Seite mit der Kathode vollständige Schlingbewegungen auszulösen, welche den Bissen, der sich am Rücken der Zunge befand, bis in den Oesophagus hineinbringen. Hiedurch sei es möglich, derartige Kranke selbst in ihren letzten Stunden trotz vollständiger Schlinglähmung zu ernähren. Der Vortragende bemerkt hiezu, dass auch bei diesem Kranken bei geeigneter Application der Kathode auf die Zungenbeingegend sich so kräftige Schlingbewegungen auslösen lassen, wie er sie spontan hervorzurufen ausser Stande ist.

Prof. Meynert bemerkt im Anschlusse an die Auseinandersetzungen des Vortragenden in Bezug auf das Vorkommen der progressiven Bulbaerparalyse, dass er einen derartigen Fall beobachtet habe, bei welchem auch psychische Symptome aufgetreten waren.

Prof. Heschl: Ueber das Cholesteatom. Nach einleitenden Bemerkungen über das Vorkommen der Geschwulst in der Schädelhöhle und über den Einfluss derselben auf das Gehirn, welcher manchmal kaum nachweisbar erscheint, in anderen Fällen eclatant ist, erwähnt er die gangbaren Ansichten über die Natur dieser Geschwulst und schildert zuvor ihren anatomischen und histologischen Bau. Die gegenwärtigen Anschauungen sind ausserordentlich different, so dass, während einige Autoren die Geschwulst für ein zu Grunde gegangenes Lipom halten, andere der Meinung sind (Vulpian), dass sie den Epithelialkrebsen zugerechnet werden müsse. H. dagegen spricht sich mit Entschiedenheit dafür aus, dass die Geschwülste aus einer Wucherung des Endothels der Arachnoidea und Pia mater hervorgehen und deshalb mit dem Namen der Endotheliome zu bezeichnen seien. H. begründet seine Anschauung in ausführlicher Weise, indem er zunächst das Bestehen der Arachnoidea und Pia als isolirter Membranen beweist, auf das allerdings nicht an allen einander zugekehrten Stellen beider Membranen nachweisbare Endothel hinweist — dessen Nachweis unter Anwendung geeigneter Färbungsmittel — Hämotoxylin, Carmin — leicht gelingt — und auf das Ungezwungene der Annahme, dass die Elemente dieser Geschwulst von diesen Endothelien abstammen, aufmerksam macht.

699. Berliner medicinische Gesellschaft. Prof. Leyden: Ueber die Wirkungen des Pilocarpinum muriaticum.

Merk in Darmstadt ist nicht der Erste gewesen, welcher das Pilocarpin dargestellt hat. Bereits 1874/75 hat M. Hardy in Paris, bald nach ihm Duquesnel in Frankreich, ferner Gerrard in England das Alcaloïd dargestellt und seine Wirksamkeit geprüft, allein zu einer umfangreichen Darstellung und einer Verwerthung zu ärztlichen Zwecken ist es erst durch Merk's Präparat gekommen. Weber in Darmstadt publicirte bereits im vorigen Jahre seine Beobachtungen über die Wirkungen des Pilocarpin, ebenso Fronmüller in den Memorabilien, die dann neuerdings durch Scotti weiter ausgeführt sind. Auch aus Riegel's Abtheilung im Kölner Spitale erschienen Mittheilungen von Bardenhewer. Sodann folgen die Mittheilungen Curschmann's in der Berl. med. Gesellschaft. Endlich hat L. eine kleine Arbeit von Challand und Rabow aus Lausanne erhalten. Die in der propädeutischen Klinik der Berliner Charité von L. geübte

Digitized by Google

Anwendung an kranken und gesunden Menschen (subcutan $^1/_2$ bis 1 ganze Spritze einer 2proc. Lösung) ergab fast ausnahmslos eine prompte und eclatante Wirkung, wie sie bereits anderweitig vom Pilocarpin sowie vom Jaborandi beschrieben ist. Der Effect ist, zumal für den, welcher ihn zum ersten Male beobachtet, ein sehr überraschender, und man wird nach L. nur wenig physiologische und therapeutische Wirkungen von Arzneistoffen diesem eclatanten und sichern Erfolge an die Seite stellen können. Das Ueberraschende trete bei dem Pilocarpin viel mehr zu Tage, als beim Jaborandi, denn in der That überrasche es, wenn ein Mensch, dem wir einige Tropfen Flüssigkeit unter die Haut spritzen, nach 5—10 Minuten im Schweisse gebadet liegt, so dass die Schweisstropfen von Stirn und Gesicht perlen und in Menge heruntertriefen. In der Regel beginne die Wirkung bereits 1—5 Minuten nach der Einspritzung; man sehe zuerst die Stirn und das Gesicht sich röthen, die Adern der Stirn schwellen stark an, dann beginne die Schweisssecretion im Gesicht sowie auf dem ganzen Körper und steigere sich zu einer äusserst profusen Absonderung. Der Schweiss flüssig, geruchlos, schwach sauer oder neutral, also hauptsächlich wasserhaltig. Neben der reichlichen Schweisssecretion geht als zweite wichtige und ebenso constante Wirkung eine starke Salivation einher, welche häufig schon vor dem Schweissausbruch beginnt und während der ganzen Wirkungsdauer mehr oder minder intensiv anhält. Daran schliesst sich als weniger constant und bedeutend eine Vermehrung anderer Secretionen, nämlich der Thränensecretion (es tritt Thränenträufeln ein oder Abfluss der Thränen durch die Nase); die Secretion der Bronchien wird vermehrt (in der Regel folgt feuchter Husten und Auswurf), endlich tritt auch fast immer vermehrter Harndrang und Urinsecretion ein. Doch ist die vermehrte Harnsecretion nur vorübergehend; im Ganzen ist die 24stündige Harnmenge am Tage der Pilocarpinwirkung gegen die früheren und folgenden Tage vermindert, was wohl unbedenklich auf den reichlichen Wasserverlust durch Schweiss und Speichel zu schieben ist. Neben diesen Wirkungen sind nun noch andere unangenehme und selbst gefährliche Nebenwirkungen zu nennen, von denen das Pilocarpin eben so wenig frei ist, wie das Jaborandi. In erster Linie steht hier das unter grosser Uebelkeit erfolgende Erbrechen. Anfangs wurde behauptet, dass das Pilocarpin ganz von dieser üblen Nebenwirkung frei sei; dies hat sich leider nicht bestätigt. Allein meistentheils gelingt es doch, durch genaue Dosirung das Erbrechen zu verhindern oder ihm wenigstens, wenn es das erste Mal vorkommt, weiterhin durch Herabsetzung der Dosis vorzubeugen. Darin liegt natürlich ein grosser Vortheil des Alkaloïds gegenüber der Drogue; von letzterer ist die Menge der wirksamen Bestandtheile nicht genau zu dosiren, was bei dem Alkaloïd leicht möglich ist, und hierin haben wir wenigstens eine Handhabe, um der unangenehmen Nebenwirkung auszuweichen. Eine weitere üble Folge ist die häufig nachfolgende Ermattung und selbst ein Collaps, gerade so wie beim Jaborandi. Die eigentliche Wirkung des Mittels hält 2—3 Stunden an, dann folgt ein gewisses Gefühl von Ermattung, indem die Mehrzahl der Patienten einschläft, um gestärkt und erfrischt zu erwachen. Indessen nicht selten hielt diese Ermattung und Schwäche bis zum nächsten Tage an, und manche, insbesondere geschwächte und heruntergekommene Patienten zeigen sowohl schon während der Wirkung, als auch nachher einen mitunter geradezu bedenklichen Collaps, welcher mit Depression und Herzschwäche einhergeht. Trotzdem glaubt L. nicht, dass hierin eine erhebliche Contraindication gegen die Anwendung des Mittels gelegen ist Durch Vorsicht könne man auch diese üble Nebenwirkung vermeiden oder verkleinern. So hat L. z. B. mit einem Collegen bei einem an Wassersucht erkrankten über 70 Jahre alten, bereits stark heruntergekommenen Herrn das Pilocarpin 8 Tage hinter einander ohne Schaden angewendet. Eine Herzparalyse sei nicht zu befürchten. Der Herzmuskel wird nicht ergriffen, und die Ursachen des Collapses sind auf anderem Felde zu suchen.

Digitized by Google

Neben den bisher besprochenen Wirkungen, welche L. als therapeutische bezeichnet, haben von vornherein die am Gefässapparat auftretenden Erscheinungen sowohl bei der Pilocarpin- wie der Jaborandiwirkung die Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Sie sind ebenso wichtig für die theoretische Beurtheilung der Pilocarpin-Wirkung, als für seinen therapeutischen Werth, da in letzterer Beziehung hauptsächlich die Frage, ob und wie es auf das Herz wirkt, der sorgfältigen Erörterung bedarf. Die von L. am Menschen angestellten Untersuchungen betreffen zunächst das Verhalten der Gefässe, des Pulses und der Temperatur. Seine Resultate stimmen mit den Beobachtungen anderer Autoren hinreichend überein. An den Gefässen ist, wie bereits angedeutet, eine Erweiterung mit Bestimmtheit zu constatiren, welche mit dem Beginn der Wirkung eintritt und $^1/_2$—1 Stunde, oft auch noch kürzer anhält. Diese Erweiterung geht zunächst aus der eintretenden Hautröthung hervor, die im Gesicht und dem übrigen Körper bemerkbar wird und dem Schweissausbruch vorhergeht. Alsdann folgt bald eine deutliche und beträchtliche Anschwellung der Stirngefässe, und zwar ebensowohl der Arterien, wie der Venen. Die Temporalarterie, welche vorher kaum erkennbar war, wird zu einem dicken prominenten Strange, dessen Pulsationen sichtbar werden. L. hat auch durch Messung mehrmals eine Zunahme des Arteriendurchmessers auf das Doppelte (von $1^1/_2$ auf 3, oder von 2 auf 4 Mm.) constatiren können. Desgleichen schwellen die Venen der Stirn, und treten sie als dicke blaue Adern hervor, so dass das Gesicht im Ganzen, wenn der Schweiss beginnt, den Eindruck des hochgradigsten Echauffements macht. Eine gleiche Erweiterung ist, nicht sowohl durch die Messung, als das Gefühl an den Radialarterien nachweisbar. Auch die Venen des Vorderarms und der Hand erscheinen öfter angeschwellt. Die Radialarterien werden dem Gefühle nach weiter, umfangreicher, der Puls derselben höher, voller, etwas celer, zeigt mitunter deutlich fühlbare Dicrotie. Gleichzeitig nimmt der Puls an Frequenz zu. Diese Zunahme ist nahezu constant, doch sind es zuweilen nur wenig Schläge, z. B. von 80 auf 84—88, in der Regel auf 100 bis 108, mitunter wurde die beträchtliche Steigerung von einigen 80 auf 120 beobachtet.*) (Diese genannten fühlbaren Veränderungen des Pulses sind durch Zeichnungen mit dem Marey'schen Sphygmographen zu controliren.) Die Dicrotie hält in der Regel die Form des subdicroten Pulses ein, womit L. nach Wolff die Form bezeichnet, bei welcher die Grossincisur vor der dicrotischen Erhebung nicht ganz bis auf die Grundlinie herabfällt. Dieselben subdicroten Pulse beobachtet man nach Leyden bei mässigen Fiebern oder kurz vor der Entfieberung, z. B. bei Pneumonien am Tage vor der Krise, im Typhus in der Remission des remittirenden Stadiums. Dabei sei es interessant, zu sehen, wie hier der charakteristische Fieberpuls durch die von der Pilocarpinwirkung abhängige Erweiterung der peripheren Arterien zu Stande kommt. Was endlich die Temperatur betrifft, so ist nach L. der Einfluss des Mittels auf dieselbe kein erheblicher. Die vorgelegten Temperaturcurven weisen in einzelnen Fällen im Beginn der Wirkung ein geringes Ansteigen der Temp. um 0,1, 0,2 bis 0,5 nach; in anderen Fällen stieg sie gar nicht. Regelmässiger trat nach dem Schweisse ein langsames und nicht sehr beträchtliches Sinken ein, welches nicht selten bis zum folgenden Tage andauerte. L. hat auch mehrere Male gleichzeitig in der Achselhöhle und im Mastdarm gemessen; obgleich beide Temperaturen nicht vollkommen parallel gehen, bieten sie doch keine sehr bemerkenswerthen Differenzen dar.

*) Eine Verlangsamung wurde niemals beobachtet; sie dürfte nach Verf. auch bei den Dosen von P., welche zur therapeutischen Wirkung zweckmässig sind, nicht vorkommen. Erst viel spätere Dosen bewirken eine solche. Es ist aber wohl begreiflich, dass das Jaborandi gelegentlich in so grosser Dose gegeben worden ist, um Pulsverlangsamung zu erzeugen.

Digitized by Google

Die Untersuchung des Gefässapparates lehrt demnach, dass zu den ersten und constantesten Wirkungen des Pilocarpin eine deutliche und nicht unerhebliche Erweiterung der kleineren peripheren Arterien (und Venen) gehört, welche bis zur Höhe der Wirkung anhält und dann allmälig verschwindet. Von dieser Erweiterung wird man die Veränderung des Pulses (welcher celer und dicrotisch wird), mit grosser Wahrscheinlichkeit auch die Zunahme der Pulsfrequenz und das am Kymographion zu constatirende geringe Absinken des Arteriendruckes herleiten können. Auch die mehrfach constatirte geringe Temperaturerhöhung kann vielleicht direct in Zusammenhang gebracht werden, während der spätere Temperaturabfall eine Nachwirkung, sei es in Folge der Abkühlung oder einer gewissen Ermüdung darstellt. Das Pilocarpin wirkt also erregend auf die gefässerweiternden Nerven der peripheren Gefässe, oder, wie man entsprechend den modernen Anschauungen von Goltz u. A. sagen kann: es wirkt erregend auf die Hemmungsnerven des Tonus der peripheren Gefässe. — Man wird ferner auch berechtigt sein, diese Gefässerweiterung und die davon abhängige Durchtränkung der Gewebe mit Blutflüssigkeit in Beziehung zu bringen zu der reichlichen Bethätigung fast aller Secretionen, obgleich L. dies als die einzige Ursache nicht betrachtet, und wenigstens mit Wahrscheinlichkeit noch eine besondere Reizung der secretorischen Organe annehmen müssen. Es schien wünschenswerth, diese hervorragende Thatsache der Gefässerweiterung und Gewebsschwellung noch auf andere Weise zu controliren. Zu diesem Zwecke bediente sich L. des Mosso'schen Apparats (des Plethysmographen), dessen Einrichtung und Leitung Prof. Ludwig selbst in einem in der Berl. med. Gesellsch. gehaltenen Vortrag an den mit demselben in Leipzig angestellten Versuchen demonstrirt hat. Der Apparat besteht in einer Glaskapsel, ähnlich der Fick'schen Kapsel, in welche ein Vorderarm eingeschlossen und welche dann mit Wasser gefüllt wird. Die Volumszunahme des eingeschlossenen Arms verdrängt einen Theil des Wassers, welches durch ein Verbindungsrohr in einen kleineren Behälter tritt und dessen Niveau erhebt. Das Steigen und Senken dieses Niveau's markirt die Volumsveränderung des eingeschlossenen Arms. — L. bediente sich der Kronecker'schen Vorrichtung, in welcher das Ansteigen des Wassers durch einen Zeigerhebel registrirt wird. Dies gestatte zwar nicht direct eine Messung der Grösse, um welche das Volumen des Arms zu- oder abgenommen hat, gebe aber ein sehr anschauliches Bild von den Schwankungen des Volumens. Das Auf- und Absteigen des Hebels wurde an einer Millimeterscala abgelesen. (L. theilt 2 mit diesem Apparat angestellte Versuche mit.) Endlich hat L. mit A. Fränkel, um das Verhalten des Herzens und des Blutdruckes während der Pilocarpinwirkung zu studiren, mehrere Experimente an narcotisirten und curarisirten Hunden mit dem Traube'schen Kymographion angestellt, deren Resultate aus den vorgelegten Curventafeln ersichtlich sind. Mit dem Jaborandi sind bereits von Kahler und Soyka in Prag kymographische Untersuchungen angestellt und veröffentlicht, welche dieselbe Wirkungsweise zeigen, wie die von L. mit Pilocarpin erhaltenen Resultate:

„Als erste Wirkung oder erstes Stadium der Wirkung tritt eine geringe Vermehrung der Pulsfrequenz und ein geringes Absinken des Blutdruckes ein. Dies ist die Folge von kleinen, in die Vena jugularis eingespritzten Dosen, welche den zum therapeutischen Gebrauche erforderlichen Dosen entsprechen. Obgleich bei diesen Thieren eine Erweiterung der Gefässe direct nicht beobachtet werden konnte, ist doch nach L. der Schluss sehr wahrscheinlich, dass sowohl das geringe Absinken des Druckes, wie auch die mässige Erhöhung der Pulsfrequenz mit einer Erweiterung peripherer Gefässe in Zusammenhang steht, wie eine solche am Menschen evident erwiesen ist. Nach der Injection stärkerer Dosen von Pilocarpin erfolgt nun eine Verlangsamung der Pulsfrequenz, zuerst eine mässige auf 30—32 Schläge, verbunden mit einem mässigen Ansteigen des Druckes, dann bei noch

Digitized by Google

grösseren Dosen sehr starke Verlangsamung auf 12 bis 8 Schläge mit wiederum deutlichem Absinken des Blutdruckes. Man hat nunmehr eine deutliche Reizung des Vagus. Die Druckverhältnisse lassen sich nach L. direct von der Intensität der Pulsverlangsamung herleiten. Diese Vagusreizung bleibt unverändert fortbestehen, auch wenn man nunmehr beide Vagi durchschneidet, und sie wird auf keine Weise durch Reizung der Vagi beeinflusst. Es ergibt sich also, dass die Reizung des regulatorischen Herznervensystems in der Peripherie im Herzen selbst geschieht, dass also die im Herzen selbst gelegenen Hemmungsfasern des Vagus gereizt werden. Dagegen ist auf keine Weise und in keinem Stadium eine Beeinflussung des musculomotorischen Systems ersichtlich, weder eine Reizung, noch eine Lähmung. Der Blutdruck erleidet nicht sehr erhebliche Schwankungen, und diejenigen, welche eintreten, lassen sich unschwer zuerst auf die Erweiterung der peripheren Gefässbahnen, dann auf die Reizung der Hemmungsfasern beziehen, so dass nach L. kein Grund vorliegt, eine Einwirkung des Pilocarpin auf den Herzmuskel anzunehmen. Mit Leichtigkeit und in eclatanter Weise wurde von L. endlich die bereits vielfach hervorgehobene Gegenwirkung des Atropin gegen das Pilocarpin constatirt. Die kleinsten Mengen Atropin heben die intensivste Pilocarpinwirkung momentan auf. Die auf 8—12 herabgesunkene Pulsfrequenz steigt im Augenblick auf 200. Das Atropin erweist sich dabei als das viel stärkere Gift, indem es nunmehr auf keine Weise, nicht durch die grössten Pilocarpindosen mehr gelingt, eine neue Pulsverlangsamung herbeizuführen. Das wichtigste Resultat dieser kymographischen Untersuchungen ist nach L. also das: „es liegt kein Grund vor, anzunehmen, dass das Pilocarpin eine schwächende Wirkung auf den Herzmuskel ausübt. Die beim Menschen gelegentlich beobachteten Collapserscheinungen sind also jedenfalls nicht direct auf einen solchen schwächenden Einfluss zu beziehen. Dagegen ist es wohl möglich, dass die Uebelkeit und erbrechenerregende Wirkung zu Collaps führt, wie der zweite Versuch mit dem Plethysmographen lehrt. Es ist nach L. demnach eine wichtige Aufgabe der Therapie, die erbrechenerregende Wirkung möglichst auszuschliessen."

Soweit die physiologische Wirkung des Pilocarpin, deren Erörterung L. noch einige Bemerkungen über die von ihm hinsichtlich seines therapeutischen Werthes gewonnenen Erfahrungen hinzufügt. Das Mittel wurde in zahlreichen Fällen angewendet, zum Theil auch bei solchen Kranken, bei welchen ein bestimmter therapeutischer Nutzen nicht gerade zu erwarten war. Ein Schaden ist selbstverständlich nie erwachsen. Angewendet wurde das Mittel a) bei fieberhaften Kranken und zwar: zweimal im Verlaufe des Ileotyphus; es erfolgte reichlicher Schweiss ohne erheblichen Temperaturabfall; ein gewisser Collaps war bemerkbar, eine spätere oder nachhaltig eintretende Temperaturabnahme konnte nicht constatirt werden. — Bei leichten fieberhaften Krankheiten, z. B. Angina catarrhalis, bei welchen auch sonst schweisstreibende Mittel angewendet wurden, wirkte das Mittel vortheilhaft; das Fieber ging herunter, die Affection besserte sich; doch hat L. nicht den Eindruck gewonnen, dass das Mittel hier mehr leistet, wie andere Behandlungsmethoden. Vortheilhaft schien dasselbe einige Male im acuten Gelenkrheumatismus zu wirken, besonders bei gleichzeitiger Verabreichung von salicylsaurem Natron. b) Ferner wurde das Pilocarpin angewendet in einem Falle von Ischias, welche sich unter der prompten Schweisswirkung bald ermässigte. Der Erfolg war befriedigend, doch kann er nicht gerade als ein ausserordentlicher bezeichnet werden. c) Die speichelerregende Wirkung kann bei Parotitides von Nutzen sein, welche sich, wie bekannt, bei Stockungen der Speichelsecretion ausbilden. Einen Fall von doppelseitiger Parotitis im Gefolge von Typhus hat L. bereits in Strassburg mittelst Jaborandi behandelt und zwar mit günstigem Erfolge. d) Ob sich die expectorirende Wirkung zur Lösung trockener Katarrhe gelegentlich verwerthen

Digitized by Google

liesse, darüber kann L. ein bestimmtes Urtheil noch nicht abgeben. e) Unstreitig die wichtigste Indication für das Pilocarpin ist die Behandlung der Hydropsien. An diese knüpfen sich mit Recht die wesentlichsten Hoffnungen, welche wir auf den Werth dieses Mittels setzen. Die Behandlung der Hydropsien mit schweisstreibenden Mitteln ist hinreichend bekannt und bewährt. Aber ebenso bekannt ist es leider, dass alle bisherigen Methoden leicht im Stiche lassen Die schweisstreibenden Medicamente sind von unsicherer Wirkung, und die Bäder bewirken leicht eine gefährliche Congestion nach Brust und Kopf. Ein neues Mittel von anscheinend so prompter Wirkung muss hochwillkommen sein. Allein es schien fast, als ob das Pilocarpin die hochgespannten Erwartungen, mit denen es in der Medicin aufgenommen wurde, nichts weniger als rechtfertigen sollte.

Bei den von Herzkrankheiten abhängigen Hydropsien schien die schwächende Wirkung auf das Herz eine wichtige Contraindication abzugeben, und auch bei den Nierenkrankheiten wurde es von einigen Seiten als contraindicirt angesehen, weil es den Eiweissgehalt des Harns steigern und somit die Nierenaffection verschlimmern sollte. Allein L. glaubt, dass man diese Contraindicationen nicht mit Recht aufgestellt hat, dass es weder den Herzmuskel schwächt, noch eine vorhandene Nierenaffection steigert. Freilich müsse man sich klar machen, was das Mittel zu leisten im Stande ist. Es könne natürlich für sich weder eine Herzkrankheit, noch eine Nierenaffection heben. Es könne nur durch reichliche Bethätigung der Schweisssecretion vicariirend für die Harnsecretion eintreten und somit für einige Zeit die schweren und gefahrdrohenden Folgen der verminderten Harnsecretion hintanhalten. Dieser Effect werde begreiflicherweise nur für einige Zeit zu erreichen sein, um so mehr, als sich der Körper, wie es scheine, allmälig gegen das Pilocarpin abstumpft. Der definitive Erfolg des Mittels werde davon abhängen, ob nach der Erleichterung der hydropischen Beschwerden eine Heilung oder Besserung des Grundleidens eintritt. Wo eine solche nicht erreicht werde, könne auch die Wirkung des Pilocarpin nur eine vorübergehende Erleichterung schaffen. Bei Herzkrankheiten also, sei es Klappenfehler oder Herzasthma, wird das Mittel nichts weiter leisten, als gelegentlich eine Verminderung des Hydrops. Wenn es aber dann gelinge, die gestörte Compensation herzustellen, so werde der Effect für längere Zeit ein wohlthätiger sein. Aehnlich verhalte es sich bei schweren chronischen Nierenkrankheiten. Hier könne, wie bekannt, die Hydropsie durch schweisstreibende Mittel vermindert und entfernt werden; es trete mit der Besserung dieses beschwerlichen Symptoms Erleichterung ein, allein die chronische Nierenkrankheit und mit ihr die Albuminurie bestehe fort, und gewönlich kehren auch die Oedeme von Zeit zu Zeit wieder. Anders bei den acuten Formen der Nephritis. Die acuten parenchymatösen oder desquamativen Nierenentzündungen, als deren Typus L. die Scharlachnephritis anführt, seien durchaus einer Heilung fähig. Nur selten gehen sie in ein chronisches Stadium über; wenn sie nicht tödten, so werden sie meist geheilt. Die grosse Gefahr, welche sie setzen, wie es ja leider von der Scharlachnephritis bekannt ist, beruht auf der Verminderung der Harnsecretion, und man kann sagen, dass die Grösse der Gefahr so ziemlich dem Sinken der Harnsecretion parallel geht. Fälle von Anurie, d. h. Fälle, wo die Harnsecretion für 24 Stunden, oder noch länger, total sistirt, werden nur äusserst selten überstanden. Hydropische Ergüsse in die Pleura, Lungenödem oder urämische Krämpfe führen nicht selten zum letalen Ausgange. Wenn wir ein Mittel haben, um diese dringenden Gefahren der Harnretention wenigstens für einige Zeit zu beseitigen, müssen die Chancen für die Herstellung solcher Fälle ganz erheblich wachsen. Die günstigsten Resultate schweisstreibender Methoden bei solcher Nephritis sind bekannt, leider aber lassen die bisherigen Mittel oft im Stiche, und gerade warme Bäder werden bei Hydrothorax und drohendem Lungenödem nicht vertragen. Hier haben wir nun nach L. mit dem Pilocarpin ein viel

Digitized by Google

einfacheres, unschädliches und promptes Mittel zur Anregung reichlicher Schweisssecretion gewonnen, mit welchem wir den bestehenden Hydrops schnell verkleinern und den drohenden Gefahren vorbeugen können. Diese Fälle bilden die wichtigste Indication für die Pilocarpin-Behandlung, und wir sind nach L. berechtigt, von ihr viel bessere Heil-Resultate zu erwarten, als sie bisher erreicht wurden. Die Anwendung des Pilocarpin in solchen Fällen sei um so unbedenklicher, als es sich fast ausnahmslos um jugendliche, noch nicht durch längere Krankheit geschwächte Individuen handelt, bei welchen ein Collaps nicht zu fürchten ist. Das Mittel könne daher täglich, ja selbst täglich zweimal angewendet werden. Es gewähre zugleich den Vortheil, dass wir bei der reichlichen Schweisssecretion von jeder anderen, namentlich einer diuretischen Heilmethode Abstand nehmen, die Nieren also schonen können. Im Allgemeinen sei ja die Anwendung der Diuretica bei der acuten Nephritis verpönt: allein da, wo der steigende Hydrops, Brustbeklemmungen oder Kopfschmerzen dringende Gefahren ankündigen, sind wir genöthigt, den Versuch zu machen, durch Diuretica die Harnsecretion zu steigern. Bleibe die Wirkung aus, so sei leicht eine Verschlimmerung der Nephritis die Folge. Ein sicheres Sudoriferum hebe uns über diese Gefahr hinfort; die Fortschaffung des Wassers geschehe in genügender Weise, und wir können in Ruhe den Moment abwarten, wo die Nephritis ihrem natürlichen Verlaufe nach an Intensität abnimmt und einer reichlicheren Diurese Platz macht. Die Erfahrungen, welche L. bis jetzt über die Behandlung der acuten (desquamativen) Nephritis gesammelt hat, berechtigten wenigstens zu günstigen Hoffnungen. Die von L. beobachteten diesbezüglichen Fälle sind zwar nicht ganz eclatante, insbesondere hat er keinen Fall von Anurie aufzuweisen, doch aber einige Fälle von Nephritis nach Diphtherie, welche unter ziemlich schweren Symptomen und starker Herabsetzung der Harnsecretion einhergingen: Die hydropischen Erscheinungen und die wachsenden bedrohlichen Respirationsbeschwerden verminderten sich bereits nach wenig Tagen unter der Wirkung des Pilocarpin; während die Harnsecretion noch keine Zunahme zeigte; dann aber trat nach einigen Tagen eine Vermehrung der Harnsecretion ein, welche bald zu schneller Besserung der Nierenaffection führte. Von jeder anderen Therapie neben dem Pilocarpin wurde abgestanden, nur eine fast ausschliessliche Milchdiät verordnet. Zum Schluss fügt L. noch eine kurze Tabelle der Harnmengen in dem schwersten der von ihm mit glücklichem Erfolg durch Pilocarpin behandelten Fälle von acuter Nephritis mit Hydrops bei.

Allg. med. Centr.-Ztg. 1877.

700. Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom 20. April 1877. Prof. S. Mayer; „Ueber die Veränderungen der Circulation durch die totale Anämie des Gehirns und Rückenmarks."

Die grossen Nervencentren üben einen wichtigen Einfluss auf die Circulation, nicht etwa im Sinne der alten Aerzte und Physiologen, dass das Herz vermöge der zutretenden Nerven unmittelbar aus dem Gehirn und Rückenmark seine Impulse erhalte. Denn diese Lehre ist verlassen seit Albrecht v. Haller's Cardinalversuch von dem weiterpulsirenden ausgeschnittenen Herzen. Wohl ist aber ein Einfluss der Nervencentra nachgewiesen auf die Schlagfolge des Herzens und auf die abwechselnde Contraction und Erschlaffung der Blutgefässe, die für die Circulation vom selben Einflusse ist wie die Contractionen des Herzens. Eine totale Lähmung der Gefässe bedingt eine kolossale Erweiterung der Strombahn, eine totale Aufhebung des für das Fortbestehen des Lebens nöthigen Blutdruckes. Die Gefässe nehmen alles Blut in sich auf, führen keines zum Herzen zurück, das Thier verblutet sich in die Gefässe. Dieser vernichtende Einfluss eines gelähmten Gefässsystems ist zuerst aufgedeckt worden von Legallois in seinem berühmten Buche: Expériences sur la physiologie de la vie. Dort hat er nachgewiesen, dass

Digitized by Google

die Circulation eines Thieres, dem man den grössten Theil seines Nervensystems zerstört hat, unrettbar verfällt. Nach Ausbohrung des Rückenmarks collabiren die Arterien, entleeren das Blut tropfenweise. Da ihm aber noch nicht bekannt war, dass die Gefässe mit Muskeln ausgestattet sind, so zog er aus diesem Experimente z. Th. falsche Schlüsse. Mayer stellte nun denselben Versuch an, aber ohne Ausbohrung des Rückenmarks. Seine Versuche gingen von der Idee aus, dass die nervösen Centralapparate ausserordentlich empfindlich sind gegen Störungen in der Blutzufuhr. Die vollständige Anämie der nervösen Centralapparate schien vollkommen geeignet, ihre Functionsfähigkeit zu unterbrechen, und obzwar der Einfluss der totalen Hirn- und Rückenmarksanämie auf die Circulation schon mehrmals untersucht worden, mussten namentlich die Versuche Kussmaul's und Tenner's dazu auffordern, diesen Einfluss mit den verbesserten Methoden der modernen Experimentalphysiologie zu erforschen. Zu diesem Behufe unterband Mayer an Kaninchen beide Carotiden und subclaviae und bestimmte den Blutdruck in der linken Carotis. Bei diesen Versuchen erwies sich die von Mayer zuerst angewendete Curarisirung von besonderem Nutzen, da durch diese den sonst auftretenden furchtbaren Krämpfen, die die Deutung der Versuche erschweren, vorgebeugt wird. Unmittelar nach Verschluss dieser Arterien tritt ein Ansteigen des Blutdruckes ein, welches die Folge des Verschlusses so grosser Arterienstämme ist. Lässt man die abgeklemmten Arterien gleich wieder los, so sinkt der Blutdruck auf sein früheres Mass zurück. An dieses Traube'sche Ansteigen des Blutdruckes schliesst sich ein zweites allmäliges enormes Ansteigen desselben. Dieser Erfolg war vorauszusehen. Er ist das Corollar zu den furchtbaren Krämpfen am nicht curarisirten Thiere, denn die Anämie erregt einerseits das Krampf-, anderseits das vasomotorische Centrum, und diese letztere Erregung bedingt einen Tetanus sämmtlicher Gefässe. Ein ähnliches Resultat hat, wie Mayer hervorhebt, schon Navalichin nach Verschluss der Carotiden allein beobachtet. Wenn man den Verschluss sämmtlicher Hirnarterien durch 10—15 Minuten dauern lässt, so muss das Gehirn seine Fähigkeit, Reizungswellen auszulösen, verlieren. Kussmaul und Tenner konnten keine verlässlichen Angaben machen über die Regenerationsfähigkeit des Gehirns. Denn sie hatten nicht blos Anämie, sondern wegen der furchtbaren Krämpfe der Versuchsthiere zugleich CO_2-Ueberladung ihres Blutes; liessen sie nun in das durch 4—5 Minuten anämisch gehaltene Gehirn stark venöses Blut einströmen, so fanden sie keine Regeneration mehr, während Mayer im Stande war, seinen Versuchsthieren, bei denen künstliche Respiration eingeleitet war, stets stark sauerstoffhaltiges Blut zuzuführen. Liess M. die Zuklemmung der Arterien 8—12 Minuten dauern, so sinkt der Blutdruck, und nach dieser Zeit ist er von seiner enormen Höhe bis weit unter die Norm gesunken, zu Werthen, die man nur an Thieren mit durchschnittenem Halsmark kennt. Es ist also bei diesen Versuchen offenbar ein Absterben der Hirnfunction eingetreten. Am nichtcurarisirten Thiere lässt sich zeigen, dass die stärksten Reize keine Reaction hervorrufen, dass die Respiration erloschen ist, der Arterientonus aufgehört hat — aber unter günstigen Umständen kann sich das Gehirn noch erholen, selbst nach 20 Minuten dauernder totaler Anämie. Wie man sieht, eignet sich diese Methode vorzüglich als Ersatz der früher geübten Durchschneidung des Halsmarkes zur Ausschaltung des vasomotorischen Centrum auf die peripheren Gefässe, und bietet folgende Vortheile: 1. die leichtere Operation, 2. die mögliche Regeneration, 3. die Ausschaltung der von der Schnittfläche des Rückenmarkes ausgehenden Reize. Früher war die Ansicht allgemein, dass das Innervationscentrum für sämmtliche Gefässe des Körpers in der Medulla oblongata gelegen sei. Dem Rückenmark eine Rolle bei dieser Function zuzuschreiben, war man nicht geneigt. Erst Vulpian, dann Goltz u. A haben die Ansicht vertreten, dass auch im

Digitized by Google

Rückenmarke vasomotorische Centren vorhanden sind. Zur Erforschung dieser Verhältnisse stellte M zwei Reihen von Versuchen an. Von der Thatsache ausgehend, dass das vasomotorische Centrum auf sensible Reize und auf Verarmung des O-Gehaltes des Blutes mit Ansteigen des Blutdruckes antwortet, hat er diese Einflüsse auf das vom Gehirn isolirte Rückenmark wirken lassen — aber sie blieben hier ohne Erfolg. Wenn also auch das Rückenmark als vasomotorisches Centrum fungirt, so kann man nicht behaupten, dass es identisch sei in seinen Thätigkeitsäusserungen mit dem vasomotorischen Centrum des Hirns. Diese Versuche M.'s wurden von Heidenhain wiederholt, u. zw. mit gleichem Resultat, nur hatte in 14 Versuchen die Reizung des isolirten Rückenmarkes durch dyspnoetisches Blut einen positiven, allerdings sehr geringen Erfolg. Was den Einfluss der Hirnanämie auf die Frequenz des Pulses betrifft, so ist beim Kaninchen die durch unsere bisherigen Kenntnisse von der Function des Gehirns mit Berechtigung erwartete Pulsverlangsamung nicht oder höchstens andeutungsweise eingetreten. Die Ursache dieses unerwarteten Verhaltens hat M. bisher nicht ergründen können. Beim Hunde jedoch tritt die Pulsverlangsamung prompt ein. Nachdem M. noch kurz die analogen Versuche Couty's erwähnt hatte, ging er über zum zweiten Theile seiner Untersuchungen.

Nachdem der Vortragende den von Nicolaus Stenson angegebenen und so lange irrthümlich gedeuteten Versuch, nämlich der Lähmung des hinteren Körperendes durch Unterbindung der Bauchaorta besprochen, und die wahre von Schiff im Jahre 1868 zuerst erforschte Ursache dieser Lähmung, welche ihren Grund hat in der hohen Empfindlichkeit gewisser Rückenmarksabschnitte gegen Blutentziehung, mitgetheilt hatte, sprach M. seine Ansicht dahin aus, dass diese Rückenmarksabschnitte die graue Substanz seien, die so ausserordentlich rasch durch Anämie gelähmt werde, u. zw. ohne vorausgehende Reizungsphänomene. Nach allen bisher vorliegenden Untersuchungen verlaufen gefässverengende Nerven noch durch das Brustmark. Da nun die von M. angestellten Versuche ergaben, dass selbst eine 9 Minuten dauernde totale Anämie des Rückenmarks eine Lähmung der vasomotorischen Leitungsbahnen nicht zur Folge habe, zieht er daraus den wichtigen Schluss, dass diese vasomotorischen Bahnen im Rückenmark einen anderen Weg ziehen, als die motorischen. Letztere passiren wahrscheinlich die graue Substanz, die vasomotorischen aber nur die weisse Substanz. Dies erklärt auch, dass diese Bahnen bei hirnanämischen Thieren nicht auf dem Wege des Reflexes zu erhöhter Thätigkeit gebracht werden können. Liess aber M. die Compression der Aorta 10—15 Minuten dauern, so erreicht man nach Loslassen der Aorta ein bedeutendes Absinken des Blutdruckes. Nach dieser Zeit also würde auch die weisse Substanz durch Anämie leistungsunfähig, und es war dasselbe Resultat erzielt, wie bei Durchschneidung des Halsmarks. Die graue Substanz erholt sich nach länger dauernder Anämie nur sehr langsam oder gar nicht; die weisse Substanz aber schon nach 3—4 Minuten, selbst wenn die Anämie 10 Minuten gedauert hatte. Liess M. die Anämie 15 bis 20 Minuten dauern, so wurde der Blutdruck nach wiedergeöffneter Aorta äusserst niedrig, der Herzschlag verschwindet allmälig und nach 3—4 Minuten ist die Circulation vollständig vernichtet. Während M für diese Erscheinung sich die Erklärung gab, dass durch eine 20 Minuten dauernde Stagnation des Blutes in den hinteren Partien des Thierleibes eine Diffusion von Gewebssäften, Gallensäuren u. s. w. in das Blut hinein stattfinde und so bei wieder eingeleiteter Circulation Herzgifte in die allgemeine Blutbahn gelangen, kam er durch weitere Versuche zu der Ansicht, dass dies nicht der Fall sei, sondern der Verfall der Circulation bedingt sei durch die vollständige Ertödtung des Rückenmarks, die durch eine so lange dauernde Anämie herbeigeführt wird, und dass diese Versuchsanordnung vollständig analogen Effect habe mit der von Legallois geübten Ausbohrung des Rückenmarkes.

Digitized by Google

701. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. Sitzung am 20. October 1877. F. Winckel: Anatomische Untersuchungen zur Aetiologie der Sterilität.

Es gibt eine grosse Zahl von Affectionen der weiblichen Sexualorgane, die der Arzt selten zur Section bekommt. Unter diesen bilden diejenigen Anomalien, welche Sterilität bedingen, vielleicht das grösste Contingent; sie sind allerdings mannigfacher Natur. Einzelne derselben sind auch bei der genauesten anatomischen Untersuchung bisher nicht zu ergründen gewesen; ich erinnere Sie z. B. an den durch Marion Sims so trefflich beschriebenen Vaginismus hymenalis, bei dem wir therapeutisch gerade die schönsten Resultate zu erzielen im Stande sind. Die Frage, ob und wie weit eine vorhandene Affection Ursache der Sterilität sei, ist sogar in den meisten Fällen bei der Lebenden nicht mit Bestimmtheit zu entscheiden. Wir wissen allerdings, dass jener Vaginismus, ebenso sicher wie die Atresien der weiblichen Geburtswege das Eindringen der Spermatozoen hindert, aber wir können z. B. nicht beweisen, dass, wenn wir bei einer sterilen Frau den verengerten Muttermund erweitert haben und nun später eine Gravidität folgen sahen, dass die letztere auch ein Effect jener Cur sei, da bekanntlich nicht blos durch äusserst kleine und ganz tief in der Vagina oder im Hymen gelegene Oeffnungen, sondern auch durch die noch viel kleineren Uterinostien der Tuben das Sperma einzudringen und eine Befruchtung des Eichens zu bewirken vermag. So halte ich denn auch den berühmt gewordenen Fall von Marion Sims, in welchem eine neun Jahre steril verheiratete Patientin angeblich durch Injection von Sperma in den Uterus mit einer Spritze künstlich befruchtet worden sein soll, durchaus nicht für bewiesen, da die Cohabitation vor und nach den Injectionen ausgeführt wurde, da Niemand mit Bestimmtheit behaupten kann, dass nur die injicirten Spermatozoen und nicht andere vor oder nach der Injection eingeführte zu dem Ovulum gelangten, da ferner Marion Sims vorher den Uterus durch ein Pessarium in bessere Lage für die Conception gebracht hatte und da endlich in zahlreichen Fällen Frauen nach langjähriger Sterilität doch schliesslich noch concipiren. Ich erinnere mich beispielsweise einer Patientin, jetzt noch in Dresden lebend, die Jahre lang in England alle möglichen Curen wegen Sterilität durchgemacht hatte, 10 Jahre schon verheiratet war und im Sommer 1874 sich meinen Rath einholte. Da ich keine besondere Anomalie in ihrem Sexualsystem fand, sie blos ein wenig blass und mager aussah, gab ich ihr Pillen aus citronensaurem Chinin-Eisen. Nach etwa acht Wochen theilte sie mir hocherfreut mit, dass sie schwanger sei. Ich habe sie dann später von einer ausgetragenen Frucht entbunden und sie hat jene Pillen mancher Freundin dringend empfohlen! Kaum mehr Beweiskraft als dieser Fall für jene Pillen hat der Marion Sims'sche Fall für die künstliche Befruchtung! Wollen wir über die Bedeutung gewisser pathologischer Zustände für die Sterilität in's Reine kommen, so bleibt uns ausser der genauesten klinischen Exploration und weiteren Beobachtung, da wir sehr wichtige Theile der inneren weiblichen Genitalien wie die Tuben, Ovarien und Mutterbänder doch nur höchst unvollkommen in vita zu untersuchen vermögen: kein anderer Weg, als der der anatomischen Untersuchung jener Theile auch bei solchen Individuen, die nicht an Leiden der Sexualorgane verstorben sind. Durch sie allein werden wir z. B. in den Stand gesetzt werden, zu sagen, wie oft und welche Anomalien der Tuben, Eierstöcke und Anhänge des Uterus zur Sterilität beitragen und mit welchen Complicationen am häufigsten die unserer Hand und unserem Auge zugängigen Krankheiten des Uterus verbunden sind. Allerdings können wir bei weitem nicht alle Ursachen der Sterilität aus Befunden an der Leiche erkennen, es sind nächst dem obengenannten Vaginismus besonders die membranöse und neuralgische Dysmenorrhoe, welche wir dem Uterus

Digitized by Google

gar nicht mehr ansehen können. Jedenfalls aber kann man post mortem viel mehr sehen und daher sich doch im Ganzen ein richtigeres Urtheil verschaffen. So will ich denn heute einmal versuchen, an der Hand von 150 Sectionen weiblicher Individuen, die innerhalb des zeugungsfähigen Alters (15—50 Jahre) gestorben sind, die Ursachen der Sterilität kurz zu behandeln, mich aber nur auf diejenigen beschränken, welche ich Ihnen an mitgebrachten Präparaten demonstriren kann. Ich könnte über 300 Sectionen in dieser Beziehung verwerthen, lasse jedoch alle über 50 Jahre alten Individuen ganz unberücksichtigt, da sich nicht mit Bestimmtheit behaupten lässt, dass sie ihre Affectionen schon vor Beginn der Menopause bekommen hatten. Es wird sich hierbei zugleich Gelegenheit bieten, Ihnen den Werth der Methode, über welche ich auf dem Münchener Gynäkologen-Congress gesprochen habe, praktisch zu beweisen.

Wir können die in den weiblichen Genitalien liegenden Ursachen eintheilen: 1. in solche, die den Zutritt des Sperma zum Ovulum, oder des Ovulum zum Sperma mechanisch hindern; 2. in solche, die das Sperma oder Ovulum chemisch zerstören, und 3. in solche, die die Entstehung von Eiern behindern und die bereits vorhandenen zum Absterben bringen: Nutritionsstörungen der Ovarien. Es liegt auf der Hand, dass diese drei verschiedenen Gruppen mannigfache Combinationen eingehen; ein ulcerirtes Epitheliom des Cervix wird beispielsweise ebensowohl ein mechanisches Hinderniss durch vollständige Verlegung des inneren Muttermundes und durch Fixation des Uterus, als ein chemisches durch deletäre Einwirkung auf Sperma und Ovulum sein. Denn wenn auch sogar bei Schwangeren bisweilen kolossale carcinomatöse Wucherungen gefunden werden, so sind die letzteren doch gewöhnlich erst in der Gravidität durch die erhöhte Säftezufuhr entstanden und die Conception ist zu einer Zeit eingetreten, wo die Neubildung erst im Anfang war. Ferner werden manche Nutritionsstörungen der Ovarien zum Theil auch mechanische Hindernisse für den Austritt des noch erhaltenen Eichens sein, indem die Follikelhülle verdickt, am Bersten verhindert und der Austritt des Eichens unmöglich gemacht wird.

Beginnen wir nun mit den Ursachen, die wir als mechanische bezeichneten, so wird das Eindringen des Sperma in die weiblichen Genitalien und bis zum Ei unmöglich, wenn die letzteren entweder krampfhaft verschlossen, oder zu eng, oder an irgend einer Stelle verwachsen sind. Krampfhaft contrahirt sind sie bei dem schon erwähnten Vaginismus, bei dem die Bildung der Theile in der Regel durchaus normal ist, so dass man weder am Hymen, noch an Vulva, Vagina oder Uterus etwas Abnormes sehen kann. Selbst in der Narkose ist aber die Berührung des Hymens noch so schmerzhaft, dass die Chloroformirte sich in Folge derselben mit Gewalt zurückwirft. Die radicale Excision des Hymens bringt die sicherste Heilung, an den excidirten Hymen sehen Sie meistens gar nichts; ich halte mich also bei dieser Anomalie nicht weiter auf. Eine Verwachsung der Genitalien kann als Atresia vulvae, hymenalis, vaginae, Uteri, Tubarum angeboren und erworben vorkommen. Unter den erwähnten 150 Fällen constatirte ich 1 Mal Atresia vaginae bei einer 43jährigen Person, welche früher geboren hatte, also eine acquirirte, die Atresie war im oberen Drittel. Der Uterus vergrössert, seine Follikel cystisch dilatirt, der Cervialcanal erweitert. In der Uterushöhle, mit der Basis am inneren Muttermund entspringend, ein plattgedrückter Schleimpolyp. (Nr. 123.) Ebenso fand ich Atresia orificii uteri interni 1 Mal bei einer 35jährigen, an Epilepsie verstorbenen Person, die Nierenschrumpfung, hochgradig atrophisches Gehirn und Herz hatte. Ueber dem verschlossenen inneren Muttermund fand sich Haematometra. Auch die Scheide war dicht unter dem Scheidentheil fast ganz verwachsen. Der Douglas'sche Raum wurde vollständig überdacht durch membranöse Adhäsionen, die rechte Tuba war verschlossen und cystisch erweitert. (Nr. 93.) Bei weitem häufiger schon liess sich Atresie beider Tuben constatiren, sie wurde 9 Mal gefunden.

Digitized by Google

in	Nr.	65	bei	1	Person	von	22	Jahren,	die	nicht	geboren hatte,
„	„	86	„	1	„	„	27¾	„	„	„	„ „
„	„	196	„	1	„	„	46	„	„	geboren hatte,	
„	„	237	„	1	„	„	36	„	„	nicht geboren hatte,	
„	„	241	„	1	„	„	24	„	„	geboren hatte,	
„	„	263	„	1	„	„	45	„	„	?	
„	„	264	„	1	„	„	27	„	„	nicht geboren hatte,	
„	„	269	„	1	„	„	45	„	„	?	
„	„	233	„	1	„	„	47	„	„	geboren hatte	

Nur drei von diesen neun Personen hatten geboren, bei ihnen musste also die Atresie erst nach der Niederkunft erworben sein. Auf die so sehr häufigen Verwachsungen der beiden Tuben mit dem correspondirenden Ovarium komme ich nachher noch zurück. Da eine kleine Oeffnung am Fransenende leicht übersehen werden kann, so darf man nur dann von völligem Verschluss der Tuba sprechen, wenn der Canal derselben durch gestautes Secret dilatirt ist. Nahe liegt es bei spitzwinkliger Abknickung des Eileiters nach innen, die sich ebenfalls häufig findet, auch an Unwegsamkeit des Lumens zu denken; wenn aber das Fransenende nicht ganz geschlossen ist, so können durch passive und active Bewegungen dieses Organs die comprimirten, geknickten Stellen gleichwohl unter Umständen passirt werden. — Sehr beachtenswerth ist aber, dass in drei von jenen neun Fällen beide Ovarien zugleich so fest in Adhäsionen eingebettet waren, dass ein Austritt des Eichens eine vollständige Unmöglichkeit zu sein schien (Nr. 65, 233 und 241), von diesen dreien hatten indess zwei geboren, also jene Adhäsionen erst in späterer Zeit erworben. Wenden wir uns nun weiter zu den Verengerungen des Genitalcanals, so ist nochmals voranzuschicken, dass, wenn die Verengerung auch bis unter den Durchmesser eines Uterinsondenknopfes steigt, dadurch allein noch keineswegs Sterilität bedingt wird, weil ja das Sperma durch die noch weit engeren uterinen Ostien der Tuben recht gut seinen Weg zum Ovarium zu finden vermag. Bekannt sind ausserdem Fälle, wo, ohne dass eine Immissio penis möglich war, durch eine kaum sondenknopfgrosse Hymenalöffnung die Conception eingetreten ist. Ich selbst erlebte den Fall, dass eine Patientin, bei der ich wegen grosser Blasenscheidenfistel die quere Obliteretion der Vagina 3 Cm. hinter den Hymenalresten gemacht und bis auf eine kaum erbsengrosse Oeffnung vollendet hatte, nach vorläufiger Entlassung in ihre Behausung als Gravida wieder zurückkehrte! Die Spermatozoen hatten sich nicht blos durch die tief unten gelegene kleine Oeffnung, sondern auch durch das weite Urinreservoir zum Uterus und Ovulum durchgearbeitet. — Einige Mal habe ich ferner bei Patientinnen, deren Muttermund kaum mehr als stecknadelkopfgross war und denen ich bereits den Termin für die operative Beseitigung dieser Stenose bestimmt hatte, doch noch ohne dieselbe Conception erlebt und mich gefreut, dass ich die Operation nicht gemacht hatte, weil ich sonst den gewünschten Effect natürlich der letzteren zu Gute geschrieben hätte. — Wenn wir also bei den Patientinnen, welche steril sind und solche Stenosen haben, zunächst auf die vorhandenen Complicationen derselben zu achten haben, so geben uns in dieser Beziehung die sechs Fälle, welche sich unter jenen 150 befanden, manchen Aufschluss. Es sind kurz folgende:

1. Nr. 7, 25 Jahre, hat nicht geboren, Muttermund ein kleines Grübchen, im rechten Eierstock eine Cyste, sonst alle Organe normal.

2. Nr. 14, 34 Jahre, hat nicht geboren, die inneren Genitalien völlig normal bis auf einen punktförmigen Muttermund, hinter dem der Uterincanal gar nicht dilatirt ist. (Ein sehr wichtiger Fall.)

3. Nr. 31, 35 Jahre alt, hat nicht geboren, Muttermund ein Grübchen, zahlreiche Adhäsionen zwischen Uterus und Blase und Uterus und Douglas'schem Raum. Beide Tuben fest mit den Ovarien verwachsen, Divertikel und Hypertrophie der Blasenwand.

Digitized by Google

4. Nr. 140 a, 44 Jahre, fraglich, ob sie geboren hat, starb an Lungenschwindsucht, Muttermund ein Grübchen, Portio vaginalis nach links, Uterus nach rechts flectirt, vereinzelte Adhäsionen zwischen Uterus und linkem Ovarium. Rechte Tuba dilatirt, mit dem Peritoneum fest verwachsen, das rechte Ovarium mühsam durchzufühlen, da es in Adhäsionen ganz eingebettet ist.

5. Nr. 152, 36 Jahre, hat nicht geboren, grübchenförmiger Muttermund, Cervicalcanal und Uterushöhle etwas dilatirt, sehr lange Tuben, kurze Ligamenta Ovariorum.

6. Nr. 245, 45 Jahre, hat nicht geboren, Muttermund ein Grübchen mit Erosionen, Cervix wenig dilatirt, Uteruskörper rechtwinklig anteflectirt. Tuba und Ligam. ovarii links kürzer als rechts.

Mithin waren in zwei Fällen von den sechs die Folgen der Stauung des Secrets — die Dilatation des Cervix vorhanden; in zwei anderen die zahlreichsten Adhäsionen um Ovarien und Tuben offenbar eine bessere Erklärung der Sterilität, als die Muttermundsstenose und im ersten Falle auch noch eine nicht gleichgiltige Complication vorhanden, eine Ovarialcyste. Meiner Ueberzeugung nach, und diese stützt sich ganz besonders auf den Befund im Fall 14, wird eine Stenose des äusseren, resp. inneren Muttermundes nur dann Ursache der Sterilität, wenn sie durch eine folliculäre Entzündung der Cervicalschleimhaut entsteht; in diesem Falle ist nämlich der durch die zahlreichen Retentionscysten verengte äussere oder innere Muttermund zugleich eine Barrière für das zähe Secret der noch offenen Follikel. Letzteres dehnt den Mutterhals immer mehr aus und kann den Spermatozoen ein unüberwindliches Hinderniss werden, während, wenn kein Katarrh jener Art im Cervix besteht, das Uterinblut leicht abfliessen und der Samen auch in und durch den Uterus dringen kann. — Ebenso glaube ich, dass die bei Stenose des Muttermundes vorkommende heftige Dysmenorrhoe nicht durch die Enge des Muttermundes allein, sondern durch die Ueberwindung dieses zähen Schleimpfropfes zwar nicht immer, aber doch in manchen Fällen herbeigeführt wird; jener bildet auch für das aus dem Uterus abfliessende Blut kein sehr wesentliches Hinderniss, denn sonst hätte doch bestimmt bei der Patientin Nr. 14 der Cervix und die Uterinhöhle dilatirt sein müssen. Wie zähe solche Schleimmassen sind, das kann man am besten bei den Sectionen neugeborener Mädchen erkennen, wo dieselben im Cervix bis zum Gebärmuttergrund oft so festsitzende Pfröpfe bilden, dass sie sehr schwierig besonders aus all' den Cervicalfalten zu entfernen sind. Aus diesen Betrachtungen ergibt sich sofort der Rath, dass man bei Behandlung der Stenosen des Muttermundes, falls kein Cervicalkatarrh vorhanden ist, nicht zu rasch mit operativen Eingriffen bei der Hand sein soll, wenn aber eine solche Folliculitis constatirt wurde, sich nicht mit Dilatationen, resp. Excisionen aus dem Muttermund begnügen, sondern hinterher auch die Folliculitis energisch in Angriff nehmen soll, bei der die Application von carbolisirten kleinen Pressschwämmen mit nachfolgenden Cauterisationen durch Tannin, Liquor Bellostii u. a. m. gute Dienste thun können. Ich rathe nur zu ganz kleinen Pressschwämmen und zu sehr vorsichtiger Dilatation, da uns die Möglichkeit des Vorhandenseins von adhäsiven Entzündungsvorgängen in den Uterusanhängen zur Vorsicht mahnen muss. An diese Stenosen des äusseren und inneren Muttermundes würden sich nun die Verengerungen anschliessen, welche in Folge von Knickungen der Axe vorkommen. Ich kann indess hier nur hervorheben, dass, bei den stärksten Graden der Knickung, immer noch das Menstrualblut zum Abfluss kommt, sie an und für sich auch keine Sterilität zu bewirken im Stande sind und dass auch bei ihnen mehr die Complicationen mit uterinen Katarrhen, ferner mit Affectionen der Tuben und Ovarien und Uterusanhänge als die wichtigsten Momente für die allerdings nicht selten bei diesen Anomalien zu findende Sterilität bilden. Wir werden daher diesen

Digitized by Google

Fällen auch unter anderer Rubrik später noch begegnen. Ich will aber nicht versäumen, Ihnen bei dieser Gelegenheit sechs Schnitte von sechs verschiedenen Individuen, die mit Retroversion und — Flexion, und neun solcher, die mit Anteflexion behaftet sind, vorzulegen. Sie können an denselben die Complicationen mit cystoïden Follikeln der Cervicalmucosa und mit Adhäsionen des Uterus leicht erkennen.

Auf gleicher Stufe mit den Stenosen des Cervix stehen nun die so ausserordentlich häufig vorkommenden geschwollenen Follikel des Cervix und der Körperschleimhaut, welche, indem sie die Schleimhaut vor sich herstülpen und zu einem Stiele ausziehen, den Cervical- und Uterinhöhlenpolypen bilden, der den Uterincanal vollständig ausfüllen und fast unwegsam machen kann. Solche Folgezustände eines chronischen Katarrhs findet man enorm oft; in unseren 150 Fällen sind sie allein 15 Mal, d. h. in 10% notirt und diese waren noch 7 Mal mit mehr oder minder zahlreichen Adhäsionen in der Umgebung des Uterus, der Tuben und Ovarien verbunden. Allerdings waren acht der Personen schon über 40 Jahre alt, also der Zeit der Menopause nahe und bei diesen auch die erwähnten Complicationen vorwiegend vorhanden, also beide nicht mehr so bedeutungsvoll, wie in den zwanziger Jahren; wir fanden sie aber doch auch 4 Mal schon in sehr jugendlichem Alter,

z. B. in Nr. 220, 15 Jahre, Anteflexio,
„ 237, 17 „ mit Oophoritis, Peritonitis, Nephritis,
„ 295, 22 „ starb an Phthise,
„ 254, 20 „ „ „ Typhus,

in welchem ihre schädlichen Folgen wohl nicht so gleichgiltig sind. Uebrigens zeigte sich in allen diesen Fällen der Uteruscanal mehr oder weniger durchgängig und die Annahme einer Sterilität war nur durch die Complicationen, z. B. in Fall Nr. 253 gerechtfertigt: bei einer 33jähr. Patientin, die einen *S*förmigen Cervix und in der dilatirten Uterushöhle ein kleines gestieltes Adenom hatte. Der Muttermund derselben war eine kleine Querspalte; die vordere Wand des Uterus nahe dem Fundus mit zahlreichen frischen Beschlägen bedeckt; die hintere Wand der Gebärmutter war mit dem Mastdarm, Tuben, Ovarien und breiten Mutterbändern so massenhaft verwachsen, dass ein Douglas'scher Raum nicht mehr existirte. — Ferner noch in folgendem Falle: 34jährige Person, mit langem und dilatirtem Cervicalcanal, der mit zähen Schleimmassen gefüllt zahlreiche Retentionscysten zeigte. Die beiden Uteruswände waren verdickt, mit älteren peritonealen Beschlägen; um beide Tuben und Ovarien befanden sich zahlreiche membranöse Adhäsionen, Nr. 244. Diesen polypösen Adenomen stehen am nächsten diejenigen Neubildungen, welche als Myome des Uterus Ihnen bekannt sind. In meinem früheren Vortrage habe ich Ihnen schon ausführlich auseinandergesetzt, dass unzweifelhaft diese Neoplasmen bei der Sterilität des Weibes eine wichtige Rolle spielen, dass es aber schwer sei, dieselbe immer genau festzustellen und in manchen Fällen das Verhältniss ein umgekehrtes, nämlich die Muskelhyperplasie eine Folge der Sterilität sein könne. Zur Vervollständigung meines früheren Vortrages will ich heute nur in kurzen Sätzen die Resultate zusammenfassen, welche ich betreffs dieser Tumoren bei 300 Sectionen ermittelt habe: dieselben werden um so mehr einen ergänzenden Nachtrag bilden, als ich Ihnen früher nur über 12 Todesfälle von 115 mit Myomen behandelten Kranken berichten konnte.

Die Zahl von Personen, in deren Gebärmutter überhaupt Myome von mir gefunden wurden, beträgt unter jenen 300 Fällen: 34 oder 11%. 15 dieser Erkrankten befanden sich noch im zeugungsfähigen Alter = 10%. Die jüngste war 21 Jahre und hatte schon drei bohnengrosse Myome der vorderen Wand, 2 subseröse und 1 intraparietales (Nr. 9), als Complication fanden sich zahlreiche Verwachsungen zwischen Blase, Ovarien, Tuben und Peritoneum.

Digitized by Google

Das Verhältniss nach den Jahren war:

zur Zahl der Sectionen		zur Zahl der Myomfälle überhaupt
3,6%	: 20—30 Jahre	: 6,6%
8,3%	: 30—40 „	: 10,0%
22,3%	: 40—50 „	: 30,0%
16,2%	: 50—60 „	: 20,0%
11,4%	: 60—70 „	: 13,3%
10,0%	: 70—80 „	: 10,0%
60,0%	: 80—90 „	: 10,0%.

Die zahlreichsten fanden wir also zwischen dem 40. und 50. Jahre. Der Sitz der Myome war 14 Mal subserös, 13 Mal intraparietal, 1 Mal submucös allein und 6 Mal entweder submucös und intraparietal oder subserös und intramural, die gegen unsere frühere Zahl: 24,3% subseröse, 65% intraparietale und 10,7% submucöse hier so zahlreichen subserösen (fast 40%) erkläre ich mir aus der Kleinheit dieser Tumoren, die bei der Untersuchung der Lebenden gar zu leicht übergangen werden können, bei der Section aber grade sofort in die Augen fallen. Die Wandstelle, in welcher die Neoplasmen sassen, war unter 31 Fällen

11 Mal	die vordere Wand	= 36%
8 „	die hintere Wand	= 26%
3 „	der Fundus Uteri	= 10%
3 „	eine Seitenwand	= 10%
6 „	beide Wände	= 18%

In 11 oder 33% aller Fälle fanden sich an einem Präparat mehrere Tumoren zusammen. Für unsere heutigen Zwecke sind nun besonders interessant die Complicationen, welche sich bei den genannten Neubildungen constatiren liessen, wir registriren dieselben wie folgt: In Betreff der Uteruslage und Gestalt war gleichzeitig vorhanden: Anteflexion 2 Mal, Retroversion 2 Mal, Retroflexion 2 und Prolapsus incompletus 1 Mal, mithin 20% abnorme Lage, darunter 12% Axenknickungen. Die Uterusschleimhaut zeigte 3 Mal cystisch vergrösserte Follikel und in 4 anderen Fällen polypöse Adenome, in zweien derselben sogar 2 zugleich; sie war also ebenfalls in 20% aller Fälle afficirt. Ebenso wie jene Polypen waren bei den Myomen auch öfter Ovarialtumoren. Wir fanden in Nr. 17 im linken ein hühnereigrosses Cystom, in Nr. 45 ebenfalls links eine Cyste, in Nr. 198 eine kirschengrosse Cyste des rechten Eierstocks; und in Nr. 124 eine linkseitige Dermoidcyste, die aber viel grösser als das intraparietale Myom war. Das gleichzeitige Vorkommen von Myomen und Ovarialtumoren war somit in diesen Sectionsfällen viel häufiger, als in unsern früher besprochenen klinischen Fällen (11 : 2,6%). ist mir aber in den letzten Jahren auch bei den Untersuchungen Lebender häufiger als früher vorgekommen. Als weitaus gewöhnlichste Complicationen der Myome constatiren wir Verwachsungen des Uterus mit seinen Nachbarorganen. Diese zeigte sich z. B. in Nr. 9 zwischen Blase, Uterus, Ovarien und Tuben, in Nr. 10 zwischen Blase und Uterus, in Nr. 17 zwischen jeder Tube und ihrem Ovarium, in Nr. 18 Verschluss des linken Tubenendes, in Nr. 26 Adhäsionen zwischen Uterus und Blase, beiden Tuben und Ovarien, in Nr. 38 Adhäsionen der Blase mit den Tuben, des Uterus links mit dem Rectum etc. etc. — im ganzen 21! Mal von 34 Fällen, d. h. in 62%!

Ehe ich Ihnen nun die Präparate von 30 solcher Patientinnen zeige, will ich noch die verschiedenen Möglichkeiten, durch welche Myome Sterilität bewirken können, kurz hervorheben. Die kleinen, intraparietalen, welche durch ihre Spannung und fortschreitendes Wachsthum den Uterus enorm hyperästhetisch machen können, bewirken gar nicht selten einen Zustand, der dem Vaginismus völlig gleicht, eine Cohabitation ist bei ihnen fast absolut unmöglich. Und manche Fälle, die als Dysmenorrhoea neuralgica bezeichnet werden, gehören gewiss hierher. Die grösseren verzerren die Höhle, bewirken katarrhalische Zustände und Schleimhauthyperplasien, die mechanisch und auch chemisch hinderlich sein können: Erstere z. B. auch,

Digitized by Google

indem sie vor den Tubenmündungen sitzen (Fall Nr. 121). Grosse und kleine Tumoren führen enorm oft Perimetritis, Perisalpingitis, Perioophoritis mit sich, die theils durch abnorme Fixation des Uterus, theils durch Verschluss und Vorlagerung der Tuben und Ovarien den Austritt des Eichens und den Zutritt des Sperma verhindern können. — Dass Myomkranke in der That sehr häufig steril sind, habe ich in meinem früheren Vortrage ausführlich bewiesen. Sehen wir uns nun auf diese Ursachen hin die 15 Fälle von Myomen bei Personen an, die noch im zeugungsfähigen Alter standen, so sind nur 3 derselben mit grosser Wahrscheinlichkeit als steril zu bezeichnen: und zwar eine Patientin von 42 Jahren Nr. 300 mit 4 Myomen bis zu Pflaumengrösse, die sich auf beide Wände vertheilten, diese aber hatte ausserdem einen dilatirten Cervix mit Follicularpolypen und einen retrovertirten Uterus. Ferner eine Patientin von 44 Jahren Nr. 130 mit 4—5 Myomen über wallnussgross, bei der ausserdem zwischen Tuben und beiden Ovarien zahlreiche Verwachsungen sich fanden, und endlich eine 46jährige Person Nr. 196 nicht wegen des nur erbsengrossen Myoms der hintern Wand, sondern weil ihre beiden Tuben am Aussenende verschlossen waren — mithin kommen etwa 1,5% Sterilität auf Myome und deren Complicationen und wäre auch hier wieder der Nachdruck auf die mehrfachen zusammenwirkenden Anomalien zu legen. (20% aller Myomfälle.) Findet eine Stielung des Myoms nach innen statt, tritt Abschnürung und Gangrän ein, so existiren längere Zeit ätzende, jauchige Ausflüsse, welche ebenso wie beim Carcinom, auf das ich nicht weiter eingehe, die Spermatozoen zu tödten vermögen.

In Betreff der Tuben haben wir früher schon erwähnt, dass die Unwegsamkeit der Eileiter ausserordentlich häufig von uns gefunden wurde Die Frequenz derselben ist geradezu erschreckend. Meistens fanden wir die Tuben fest mit den Ovarien verwachsen; die Tube ist durch die Verwachsungen in ihrer Bewegung gehindert, kann indess gleichwohl ein Eichen aufnehmen und passiren lassen. Vollständig an ihrem Aussenende geschlossen, fanden wir, wie erwähnt, die Tuben 9 Mal. Der Fälle aber, in denen zahlreiche Verwachsungen zwischen Tuben und Ovarien und Uterus und Mastdarm eine Conception durchaus unmöglich machten, notirten wir noch 3, nämlich Nr. 23, 253, 284. Endlich fanden wir Tubentuberculose bei an Lungentuberculose Verstorbenen 3 Mal. Somit sind 15 Fälle oder 10%! aller Kranken durch Tubenanomalien steril geworden. Die adhäsiven Entzündungsvorgänge, welche die erwähnten Zustände allmälig nach sich ziehen, gehen zweifellos am häufigsten von dem Ovarium aus und schliessen sich an die Ruptur des Follikels bei der Menstruation an. Die an das Ovarium bei der strotzenden Gefässfüllung angelegte Tube verklebt mit ihrem Fransenende; die folgende menstruelle Congestion bewirkt neue Zerrung, eine neue Wundfläche und neue Verklebung und schliesslich bilden Ovarium und Fransenende einen untrennbaren Tumor, überzogen von den dichtesten faden-, band- und membranartigen Adhäsionen, in denen das Eierstocksparenchym manchmal nur noch auf den Durchschnitt und dann selbst nur an mikroskopischen Schnitten zu erkennen ist. Perisalpingitis und Perioophoritis wirken hier also zusammen. Bei diesen Zuständen ist dann durch Verdickung der Ovarialkapsel schliesslich die Entleerung eines Eichens in die Tube auch nicht mehr möglich. Das sind die Patientinnen, welche oft ohne auffallende Menstruationsanomalien, namentlich ohne ausgesprochene peritonitische Erscheinungen nach und nach steril werden; denen angeblich „nie etwas gefehlt hat", die sich daher gar nicht erklären können, warum sie gerade keine Kinder bekommen; welche von einem Gynäkologen zum andern wandern, sich mit Vergnügen den Mutermund incidiren und dilatiren, Hebelpessarien und Stifte einlegen, sich alljährlich von Franzensbad und Elster nach Ost- oder Nordsee schicken lassen, wegen angeblicher Bleichsucht jahrelang pfundweise „Stahl" schlucken und die selbst dann kaum ihre Hoffnung auf Nachkommenschaft aufgeben, wenn

Digitized by Google

das Unregelmässigwerden oder sogar das Pausiren ihrer Menses ihnen das Ende ihrer ovariellen Thätigkeit deutlich genug anzeigt. Ausser auf dem obengenannten Wege können aber die Eierstöcke insofern endlich noch Ursache der Sterilität werden, als Ernährungsstörungen derselben die Entwickelung von Follikeln hemmen, beziehentlich die bereits gebildeten Ovula zerstören. Dahin gehören vor allen Erkrankungen derselben die Bildung von Cystengeschwülsten, wenn dieselbe beiderseitig vorkommt. Unter den 150 Fällen haben wir dies 2 Mal constatirt, nämlich 1. in Nr. 11: bei einer 26jährigen Person, wo beide Ovarien in apfelgrosse Cystome verwandelt waren und ausserdem die Tuben, Eierstöcke und die Gebärmutter in zahlreiche Adhäsionen eingebettet waren, und 2. in Nr. 217 bei einer 42jährigen Person, wo der beiderseitige ebenfalls apfelgrosse cystische Ovarialtumor auch mit der Tube verwachsen war, die Tuben sich dilatirt zeigten und ausserdem Adhäsionen zwischen Uterus, Blase und Rectum vorhanden waren. Beide Kranke hatten nicht geboren. Nr. 2 musste bestimmt steril sein, weil der verschlossenen Tuben wegen Sperma nicht zum Ovulum gelangen konnte, während ein Fall von Holst beweist, dass auch bei beiderseitigem, sogar malignem Ovarialtumor noch Ovulation, also falls Uterus und Tuben noch durchgängig sind, auch noch Conceptien eintreten kann. — Schliesslich sei noch erwähnt, dass wir in 30 von 150 Fällen, d. h. also in 20%, das eine oder andere Ovarium mit verschieden grossen Cysten durchsetzt fanden, die dessen Ovulation wohl zu beeinträchtigen im Stande waren, und dass eines der schönsten Präparate von Cystoma ovarii glandulare von dem Ovarialstiel ausgehend in einem nur pflaumengrossen Eierstocke vorkam. Ich zeige Ihnen dasselbe hiermit vor. Es ist in Nr. 13 der Tafel VI, auf der Sie überhaupt 12 verschiedene Ovarien abgebildet sehen, sehr naturgetreu wiedergegeben und stammt von einer 50jährigen Patientin, die nie geboren hatte, deren linkes Ovarium normal, deren Mutterhals etwas dilatirt und mit cystischen Follikeln versehen war.

Ueberblicken wir zum Schluss nochmals die Ergebnisse unserer Betrachtungen, so lassen sich dieselben in folgende Sätze zusammenfassen: In der Mehrzahl der Fälle der Sterilität ist nicht eine Ursache allein, sondern gewöhnlich lassen sich mehrere gleichzeitig auffinden. Die durch mechanische Hindernisse bewirkte ist die häufigste. Ihr hauptsächlichster Sitz ist das Tubenende und die Umgebung des Eierstocks. Die Zahl der von einfachen Stenosen des Cervix mit und ohne polypöse Adenome herrührenden Fälle von Sterilität, die sich operativ beseitigen lassen, scheint nach den Sectionen wenigstens bei weitem geringer zu sein, als die durch Tubenerkrankung bedingten, und unsere anatomischen Untersuchungen haben ergeben, dass sie für gewöhnlich Ursache der Sterilität seien, wenn sie mit Anomalien der Uterusmucosa oder mit adhäsiven Entzündungen um Tuben und Ovarien sich verbunden finden. Um allen Missverständnissen vorzubeugen, will ich schliesslich nochmals hervorheben, dass ich im Vorstehenden nur einen Theil derjenigen Ursachen der Sterilität besprochen habe, welche sich bei der Section in den weiblichen Genitalien sicher ermitteln lassen. Die polypösen und flachen Adenome sind uns hier die Repräsentanten für alle die Anomalien gewesen, welche durch Schwellung der Schleimhaut und Verengerung des Canals, ferner durch Veränderung des Secrets die Conception verhindern und unmöglich machen können. Die Thatsache, dass alle jene Befunde erhoben worden sind bei Individuen, die eben nicht an ihrem Sexualleiden verstorben sind, legt uns ganz besonders die Pflicht auf, ihrer eingedenk zu sein bei der Behandlung einer jeden sterilen, übrigens aber angeblich gesunden Frau und zeigt namentlich auch zur Evidenz, wie ausserordentlich selten die weiblichen Genitalien wirklich ganz frei von Anomalien befunden werden.

702. Wiener medicinisches Doctoren-Collegium. Dr. Englisch: Ueber Radicalheilung der Hernien durch Alkoholinjectionen.

Bevor man zur Beurtheilung einer Operationsmethode übergeht, ist es noth-

Digitized by Google

wendig, die Bedingungen zu kennen, welche dieselbe zu erfüllen hat, denn von ihnen hängt es ab, ob dieselbe in allen Fällen Erfolg haben wird oder nicht. Die Bedingungen, welche wir bei der Radicalheilung der Eingeweidebrüche zu erfüllen haben, sind: 1. Vollständige Verwachsung des Bruchsackes. 2. Die Möglichkeit, eine Ausdehnung des um die innere Oeffnung der Bruchpforte gelagerten Bauchfelles hintanzuhalten und, wenn dieses das Maximum seiner Spannung erreicht hat, zu verhindern, dass es von der Umgebung weiter herbeigezogen werden kann. 3. Genaue Verwachsung der Bruchsackhüllen unter einander und mit dem verwachsenen Bruchsack. 4. Entsprechende Verkleinerung der Bruchpforte, Zusammenziehung der dieselben zusammensetzenden Gebilde, Wiedererlangung ihrer normalen Elasticität. 5. Feste Verwachsung der zusammengezogenen Bruchpforte mit dem durchtretenden Strang. 6. Erzielung oder Erhaltung eines guten Ernährungszustandes, um eine Erschlaffung der Umgebung der Bruchpforte zu heben oder zu verhindern. Je mehr der gestellten Bedingungen wir erfüllen können, um so sicherer wird die Radicalheilung sein. Betrachten wir dieselben etwas genauer, so müssen wir gestehen, dass die Erfüllung aller Bedingungen in einem hinreichenden Grade absolut unmöglich ist und daher selbst die eingreifendste Operation immer noch die Möglichkeit einer Wiederkehr zulässt, wie dies zahlreiche Beispiele nach der Herniotomie zeigen. Je grösser der Reiz ist, welcher durch die Heilmethode gesetzt wird, um so eher können wir die Bedingungen erfüllen, aber damit steigt auch die Gefahr der Behandlungsweise. Aus diesem Grunde sowohl, wie aus dem, dass die Kranken sich nicht immer zu einer solchen Operation entschliessen, haben alle Chirurgen nach Erfindung von Methoden getrachtet, durch welche gefährliche Erscheinungen vermieden und doch der obige Zweck erreicht wird. Dieselben sind so zahlreich, dass es zu weit führen würde, sie alle anzuführen. Eine neuere Methode ist die Alkoholinjection in der Umgebung der Bruchpforte, welche Schwalbe 1876 angegeben hat. Die guten Erfolge, welche er berichtet, mussten zu einer Prüfung der Methode auffordern und sollen in Folgendem die gemachten Erfahrungen mitgetheilt werden. Was die Methode selbst anbelangt, so kann sie in zweierlei Art gemacht werden. Man hebt entweder über der äusseren Oeffnung der Bruchpforte eine Falte auf, sticht die Spitze einer Spritze (Pravaz-Ahnel'sche) an der Basis derselben ein, so dass sie bis zur Bruchpforte kommt und entleert die Flüssigkeit. Oder aber man stülpt mit dem kleinen Finger die Bruchhüllen in die Bruchpforte ein, hebt aussen mit Daumen und Zeigefinger eine Falte auf und sticht selbst die Nadel so durch alle Schichten, bis sie die Spitze des kleinen Fingers trifft, zieht diesen ein klein wenig zurück und entleert die Spritze, deren Inhalt jetzt in der Bruchpforte entleert wird. Dass die Eingeweide vorher reponirt sein müssen, braucht keiner weiteren Erwähnung. Nach der Einspritzung bringt man am besten eine leichte Compression an, durch einen Wattebausch und eine Binde, lässt den Patienten einige Stunden ruhen, dann aber, wenn die Reaction nicht zu heftig ist, herumgehen. Die folgenden Erscheinungen sind ein Brennen, welches 2—6 Stunden dauert, aber von dem Patienten gut vertragen wird, und eine Schwellung der Bruchhüllen. Das Brennen ist um die Umgebung der Bruchpforte unter der äusseren Haut, breitet sich selten gegen den Hoden hin aus, noch seltener nach innen, aber dann nur auf eine geringe Fläche. Die Schwellung der Bruchhüllen ist eine verschiedene, oft nur ganz umschrieben und weich, öfter bis zum Hoden und hart, bei einer Dicke von 2—3 Ctm. Die Schwellung nimmt in den ersten 2—4 Tagen noch zu, dann aber wieder ab. Die Schmerzhaftigkeit ist geringe und nimmt mit der Geschwulst ab. Nur selten ist die Reaction heftiger und es kommt zu einer Röthung der Haut. In solchen Fällen bleibt der Kranke liegen und werden kalte Ueberschläge verordnet. Sobald die Geschwulst bis zu einem gewissen Grade zurückgegangen ist und der Verschluss sich noch nicht vollständig gebildet hat, macht man nach 2—14 Tagen, oder unter Umständen auch noch später, die

Digitized by Google

nächste Einspritzung und wiederholt dieses, bis der grösstmöglichste Erfolg erzielt ist. Das subjective Gefühl des Kranken ist zuerst, dass die Eingeweide sich weniger leicht vorlagern, und wenn dieses erfolgt ist, weniger leicht zurückgebracht werden können. Objectiv ergibt sich, dass bei horizontaler Lage die Eingeweide gar nicht hervortreten, oder doch nur beim Husten, oder überhaupt bei stärkerer Anwendung der Bauchpresse, oft aber auch dann nicht mehr. Doch darf man sich damit nicht begnügen, sondern muss auch den Kranken in verticaler Stellung untersuchen, denn es treten dann die Eingeweide noch heraus, die früher nicht vorgelagert waren. Doch sieht man jetzt, dass dieselben weniger weit in den Hodensack herabtreten als vor der Operation. Aber noch eine wiederholte Beobachtung war es, dass, während der Darm nicht hervortrat, das Netz doch noch vorfiel. Wenn wir zu den Nachtheilen der Operation übergehen, so bestehen dieselben aus einer grösseren Steigerung der Schmerzen und einer stärkeren Entzündung der Bruchhüllen; dieselbe erreicht jedoch nach den gemachten Erfahrungen nie eine solche Höhe, dass es zur Eiterung kommt und breitet sich merkwürdiger Weise nicht in das subperitoneale Zellgewebe aus, so leicht dieses bei anderen Entzündungsprocessen in der Umgebung des Samenstranges vorkommt. Wohl aber kann es zur oberflächlichen Schorfbildung kommen. Wird die Einspritzung zu oberflächlich gemacht, so dringt der Alkohol bis an das Corium und es kommt zur Gangränescenz desselben, dessen Abstossung dann sehr langsam vor sich geht. Dieselbe Schorfbildung tritt auch ein, wenn bei der Einstülpung die Nadel bis auf den einstülpenden Finger dringt und dieser vor der Entleerung der Spritze zu wenig zurückgezogen wird. Diese Schorfe liegen dann sehr tief unten am Hodensacke. Zu den seltensten Zufällen gehört eine heftigere Reizung des Hodens, die sich aber blos durch Schmerzhaftigkeit ohne Volumsvergrösserung kennzeichnet. Allgemeinerscheinungen oder Peritonitis u. s. w. wurden nicht beobachtet. Da man nach dem gleich anfangs Vorausgeschickten nicht mit absoluter Sicherheit auf eine vollständige Heilung rechnen kann, so kann man es nicht als üblen Zufall ansehen, wenn der Erfolg nur in einer Besserung besteht. Gehen wir zu diesem selbst über, so besteht er in vollständigem Verschlusse der äusseren Oeffnung des Leistencanals (der Bruchpforte im Allgemeinen). Selbst nachdem sich der neugebildete Strang verkleinert hat, fühlt man, dass derselbe allseitig mit der Umrandung der Bruchpforte zusammenhängt und sich noch in dieselbe hinein fortsetzt. Es gelingt dann nicht, mit dem Finger in die Bruchpforte einzudringen, die Bruchpforte und ihre Umgebung erscheint nicht vorgewölbt und nur bei Anstrengung der Bauchpresse tritt noch manchmal eine Vorwölbung der Umgebung der Bruchpforte ein. Diesen Erfolg erzielt man bei kleinen Brüchen und bei jüngeren Individuen. In minder günstigen Fällen verkleinert sich die Vorlagerung, die Bruchpforte wird aber nicht vollständig geschlossen, so dass noch immer Eingeweide in dieselbe eintreten können. Doch erfolgt jetzt die Vorlagerung nur bei stärkerer Anwendung der Bauchpresse und kann durch ein Bruchband sehr leicht zurückgehalten werden. Dieses ist der Fall in sehr alten Brüchen oder in solchen, welche auf keine Weise mehr zurückgehalten werden konnten. In diesen lässt sich dann eine bedeutende Besserung erzielen und vielleicht nach lange fortgesetzten Einspritzungen vollständige Heilung erreichen. Doch gibt es Fälle, welche unter allen Umständen eine Heilung durch Einspritzungen von Alkohol unmöglich machen werden. Dahin gehören sehr schlecht genährte, marastische Individuen, und bei diesen wird man sich mit einem geringen Erfolge begnügen müssen. Diese Methode eignet sich daher vorzüglich für kleine Brüche und solche jugendlicher Individuen, wo es gelingen wird, vollständige Heilung zu erzielen, Besserung kann man dadurch bei grösseren Brüchen auch mit Zuversicht erwarten. In jenen Fällen, wo die Alkohol-Einspritzungen nicht ausreichen, wird es möglich sein, durch andere Mittel: Tinctura jodina, concentrirte Carbollösungen u. s. w. eine stärkere Reizung hervorzurufen, welche einen besseren Erfolg geben können. Die-

Digitized by Google

selben wurden, da es sich um eine Probe des Vorschlages von Schwalbe handelte, bis jetzt nicht versucht, doch wird ihre Anwendung dann mit noch mehr Vorsicht gemacht werden müssen. Wenn wir auch im Stande sind, durch dieses Verfahren vollständige Heilung und in noch mehr Fällen eine Besserung zu erzielen, so gibt es nichtsdesto weniger Fälle, in denen wir zur blutigen Operation greifen müssen, wenn wir eine Radicalheilung erzielen wollen, und es unterliegt keinem Zweifel, dass wir nach den unter der antiseptischen Verbandweise gemachten Erfahrungen dazu berechtigt sind, und steht der Vortragende nicht an, diese Operation unter den gegebenen Umständen zu empfehlen. Von den bis jetzt beobachteten 12 Fällen wurde in vier Fällen Heilung erzielt, in den anderen Besserung.

703. Section Wien des Vereines der Aerzte in Nieder-Oesterreich. Sitzung vom 7. November 1877. Dr. Englisch: Ueber locale Asphyxie mit symmetrischer Gangrän an den Füssen.

Raynand hatte im Jahre 1862 nach 25 Beobachtungen eine besondere Bezeichnung für eine symmetrische Hautaffection aufgestellt, als locale Asphyxie oder symmetrische Gangrän der Extremitäten Dieselbe tritt insbesondere bei Frauen, die von Menstruationsanomalien, Ernährungsstörungen oder von nervösen Leiden behaftet sind, auf. Der Verlauf ist folgender: Die Haut der Zehen und Finger wird blass, eisig, nachdem mehr weniger lange Schmerzen vorausgegangen sind und noch andauern. Nach einiger Zeit werden diese Theile blaulich, die Umgebung, vorzüglich längs der Venen, marmorirt. Derselbe Vorgang wiederholt sich entweder an denselben genau in derselben Weise, oder es werden beim 2. Anfalle neue Zehen und Finger ergriffen. Waren mehrere Theile ergriffen, so beginnt ein späterer Anfall immer wieder an der zuerst ergriffenen Zehe oder am Finger und schreitet rasch in einem Anfalle wie früher auf die benachbarten fort. Das hervorstechendste Symptom ist aber immer die Symmetrie. In einem weiter vorgerückten Stadium bildet sich an der Spitze der Finger oder Zehen oder in der Umgebung des Nagels ein Bläschen mit blutig serösem Inhalte, nach dessen Abtrocknen ein brauner Schorf zurückbleibt, während die umgebende Haut marmorirt und livid erscheint. Dieses tritt an der zuerst ergriffenen Zehe oder dem Finger ein, während die benachbarten sich noch im 1. Stadium befinden. Im weiteren Verlaufe beginnt der Schorf zu wuchern, und es bildet sich an der Finger- oder Zehenspitze eine Epidermiswucherung, welche sich auf das Nagelbett fortsetzt, den Nagel abhebt, so dass er sich zerbröckelt. Die Spitzen der Endglieder erhalten dadurch ein hornartiges Ansehen. Die erste Zeit während der Epidermiswucherung sind die Endglieder aufgetrieben; allmälig schrumpfen sie aber, sie werden konisch und zuletzt geht ohne eigentliche Exulceration die Endphalange ganz oder theilweise verloren, so dass verstümmelte Theile zurückbleiben. Die Affection ergreift entweder beide Hände, beide Füsse, selten die Nase oder das Ohr zuerst, oder rasch alle hintereinander, am seltensten alle zugleich. Raynand erklärt dieses durch eine nervöse Störung der Gefässe. Der Vortragende hatte Gelegenheit einen hieher bezüglichen Fall zu beobachten und stellt denselben vor. Ein 42jähriges Weib litt viel an Menstruationsanomalien und ist in ihrem Ernährungszustand sehr herabgekommen. Im Jahre 1866 stürzte sie in Folge eines Schreckes zu Boden, blieb bewusstlos und litt darauf an Ohrensausen, 1867 bekam sie eine rothlaufartige Entzündung am linken, 1869 eine gleiche am rechten Unterschenkel. Im Frühjahre 1869 entwickelten sich an den Zehen kleine Bläschen in den Zwischenräumen zwischen 2 Zehen. Im Jahre 1875 begann ihre eigentliche Erkrankung mit Bildung von Bläschen an der Zehenspitze und in der Umgebung des Nagels an beiden kleinen Zehen, später an beiden grossen Zehen und seit Jänner 1877, seit welcher Zeit sie in Behandlung steht, an den beiden 3. und in letzter Zeit an beiden 2. Zehen. Der Verlauf entsprach genau dem oben bezeichneten Bilde, so dass es nur eine unnöthige Wiederholung wäre, den

Digitized by Google

Verlauf ausführlicher zu geben. Jeder neuen Affection gehen brennende, reissende Schmerzen voraus, die jetzt noch besonders am rechten Fuss in der 4. und 5. Zehe bestehen. Der Zustand ist jetzt folgender: Die Endphalangen der beiden grossen Zehen an ihrer inneren Hälfte zerstört, so dass der Nagel mangelhaft und etwas nach innen verschoben ist; die beiden 2. Zehen sind an den Endphalangen etwas verdickt, besonders rechts, der Nagel theilweise zerstört und die Zehenspitze von einem dicken Epidermisschorfe eingenommen. Die 3. Zehen ihrer Endphalangen beraubt, rechts durch Enucleation, links durch Abtragung der vorhandenen Epidermiswucherung. An den 5. Zehen rechts eine vollständige Zerstörung der Endphalange und theilweise Schrumpfung der 2. Phalange. An der rechten kleinen Zehe konnte man sehr genau beobachten, wie trotz der unversehrten Oberfläche die Haut der Knochen aufgetrieben war und allmälig konisch wurde. Der Knochen wird aber auch stückweise nekrotisch und durch Eiterung abgestossen. Was die Enucleationswunde anbelangt, so heilte dieselbe per prim. intentionem, aber die Narbe begann sich abermals in einen Epidermisschorf zu verwandeln, welcher immer mehr in die Tiefe drang. Bei der ohne Narcose vorgenommenen Operation zeigte sich die Sensibilität sehr herabgesetzt. Die Muskeln reagiren normal. Da der Verdacht auf Syphilis, trotzdem die Diagnose des Vortragenden auf Necrobiosis im Sinne Raynand's lautete, von anderer Seite ausgesprochen worden war, so wurde durch 4 Monate Jodkali innerlich, 1·5 Gramm p. die, ohne jeden Einfluss auf den Verlauf, verordnet. Es ergibt ferner die Anamnese, so wie das Aussehen, keinen Anhaltspunkt für Syphilis, auch nicht für ererbte. Das Gleiche gilt von der Scrophulose, der Tuberculose. Auch stimmt der Verlauf damit nicht überein.

704. Niederösterreichischer Landessanitätsrath. Sitzung vom 15. October 1877.

S.-R. v. Karajan beantwortet die Interpellation des S.-R. Gauster hinsichtlich der beabsichtigten Einleitung des Unrathes aus der Kronprinz-Rudolfscaserne in den Donaucanal dahin, dass am 22. August diesbezüglich eine commissionelle Verhandlung war, dass der Militärbehörde schon beim Bau die Erbauung von Canälen zugestanden und im Jahre 1876 vom Magistrate Wien auf Grund des bestehenden Baugesetzes, welches nur Canalabfuhr und Senkgruben kennt, die Einleitung in die Donau bewilliget wurde; jetzt habe es sich um die Fortführung der Canäle unter die Abortsschläuche gehandelt. Die Militärbehörde habe auf Grund der Wahrnehmung, dass die bisherigen Versuche mit dem Tonnensystem nicht entsprechende Resultate gaben, sich entschlossen, nun die Canäle zu benützen. In normaler Zeit sind beiläufig 3000 Menschen und 400 Pferde in der Caserne. Die Canäle sollen im Gefälle von 1 : 72 adaptirt und vollendet werden; das Abfallwasser wurde bis nun durch gusseiserne Röhren in die Donau geführt, und sollen dieselben noch benützt werden. Die civilärztlichen Mitglieder der Commission erklärten die beabsichtigte Abführung der Unrathsstoffe als Rückschritt, und machten aufmerksam, dass die Fischstände, das Kaiserbad und das Fechner'sche Bad unmittelbar unter der beabsichtigten Einleitungsstelle sich befinden, dass erstere und letzteres entfernt werden müssten, das Kaiserbad jedoch zu verhalten wäre, das Donauwasser erst nach Filtration zu benützen. Auch wurde Einleitung ausgiebiger Mengen Wasser für die Aborte und Canäle, und von technischer Seite mehrfache Verbesserungen verlangt. Die Statthalterei ertheilte unter der Bedingung der Durchführung der commissionellen Forderungen, soweit sie den Bau betrafen, die Zustimmung, da die Caserne die gesetzliche Baubewilligung schon besitze.

S.-R. Gauster macht auf die jüngsten Beschlüsse des Wiener Gemeinderathes aufmerksam und regt zu erwägen an, ob es nicht angemessen wäre, im Sinne des Projectes eines Sammelcanales zu wirken, und eine Vertagung der Einleitung anzustreben.

S.-R Witlačil findet den Sammelcanal wohl sehr zweckmässig, aber die Durchführung sei schwierig und kostspielig, werde daher sicher noch lange auf

Digitized by Google

sich warten lassen; das Misslingen des angewandten Tonnensytems beweise noch nicht, dass es nicht durchführbar sei; es handelt sich wohl hauptsächlich um den Anstand, wohin die Fäcalstoffe zu verführen wären; es sei leider in dieser Angelegenheit nichts zu machen, doch schlage er eine Resolution vor: „Der Landessanitätsrath bedauert, dass bei der Beseitigung der Fäcalstoffe der Caserne in der Rossau ein sanitärer Rückschritt gemacht wird, ein, wenn richtig durchgeführt, zweckentsprechendes System der Unrathsbeseitigung verlassen und der Unrath, noch dazu an einer so ungünstigen Stelle, in den Donaucanal geführt wird.“ Diese Resolution wird einstimmig angenommen und der Vorsitzende ersucht, sie auch dem Statthalter zur Kenntniss zu bringen. (Wir finden, der Landessanitätsrath hätte viel energischer gegen diesen Plan einer neuerlichen Vergiftung des Donaucanales und seiner Bewohner protestiren müssen. R.)

S.-R. Oser berichtet über das Ergebniss der Impfstoffenquête beim niederösterreichischen Landesausschusse, welche über die mehrfachen Bemänglungen des Impfstoffes der niederösterr. Findelanstalt durch den niederösterr. Landessanitätsrath usd dessen diesbezügliche weitere Anträge über Beschluss des niederösterr. Landtages einberufen worden. Der Enquête waren folgende Fragen vorgelegt und in nachstehender Weise beantwortet worden: 1. Soll die Impflymphe nur von über drei Monate alten Kindern abgenommen werden, oder ist es rathsam, sie auch von zwei Monate alten zu gebrauchen? Antw.: Unter normalen Verhältnissen darf nur ein über drei Monate altes Kind als Stammimpfling benützt werden; in Ausnahmszeit, bei Herrschen von Blatternepidemie, kann auch von einem mindestens zwei Monate alten Kinde Impflymphe abgenommen werden. — 2. Ist es unbedingt nothwendig, dass auch der Gesundheitszustand des Vaters untersucht werde? Antw.: Im Hinblicke auf die sub 1 gegebene Antwort ist es nicht unbedingt nothwendig, dass der Gesundheitszustand des Vaters untersucht werde Doch ist niemals ein Kind notorisch kranker Eltern als Stammimpfling zu verwenden. — 3. Ist der Bedarf an Impfstoff auf andere Weise zu decken, als durch die Findelanstalt? Antw.: Die Errichtung einer Anstalt zur Fortpflanzung des Impfstoffes durch Kälber ist nothwendig, und ist eine solche Anstalt in Wien oder dessen Nähe unter den nothwendigen Cautelen zu errichten. — 4 Ist die Verbindung der Findelanstalt mit dem Impfinstitute aufrecht zu erhalten? Antw.: Ja, unter Beobachtung der nöthigen Cautelen. — 5. Hat der Staat die Action wegen Gründung eines Impfinstitutes einzuleiten? Antw.: Von Seite der Wissenschaft ist kein Hinderniss, dass Staat oder Land es thun. — 6. Ist ein Impfinstitut wie in München zu errichten? Antw.: Entfällt mit Rücksicht auf 3 und 4.

Der Landtag ist diesen Grundsätzen beigetreten und hat dem Landes ausschusse aufgetragen, das Gutachten des Landessanitätsrathes einzuholen und darnach die nöthigen Massnahmen im Einvernehmen mit der Statthalterei zu treffen. Referent betont, dass die hereditäre Syphilis seltener im zweiten Lebensmonate und noch seltener nach dem dritten Monate erst zum Vorscheine komme; man sollte daher bei letzterem Alter als unterster Altersgreuze verharren; in einer Verordnung müsste Punkt 2 dahin formulirt werden: „nur Kinder gesunder Eltern dürfen als Stammimpflinge genommen werden“; denn eigentlich sollte man die Gesundheit beider Eltern kennen; doch ist es oft ganz unmöglich, die des Vaters zu constatiren; daher kann man sich dem ersten Satze der Antwort 2 anschliessen. Jetzt dürfe man Lymphmangel nicht so besorgen, da ja Fortpflanzungsanstalten mittelst Kälber zur Geltung kommen (wir bedienen uns zu unserer grossen Zufriedenheit des Impfstoffes aus der Anstalt des Herrn Dr. v. Heinrich im Römerbad); in Holland, England, Belgien bestehen schon mehrere solche Anstalten. Reg.-R. Röll machte für Oesterreich darauf aufmerksam. Er glaube, dass die Kälberlymphe der zweckmässigste Impfstoff sei. Der Verband der Findelanstalt mit der Impfanstalt wurde vom Sanitätsrathe immer perhorrescirt, weil die Zahl der Impflinge bei Beobachtung der nöthigen Cautelen selbst für epidemiefreie Zeit zu

Digitized by Google

gering sein würde, da durch das Zusammenwohnen der Erwachsenen und Kinder in so grosser Zahl eine Reihe von Krankheiten leichter übertragen werden könne, die Bevölkerung gegen das Findelhaus als Impfinstitut Vorurtheile hege, und zwar begründete, indem einerseits eine Findelanstalt die Kinder zeitlich impfen muss, da so manche von blatternkranken Müttern herstammen oder mit Blatternkranken in Berührung kamen, um die Blatternausbreitung hintanzuhalten, und anderseits bei dem Umstande, als die Kinder so früh als thunlich in Aussenpflege gegeben werden müssen, gerade die kränklichen und schwächlichen zurückbleiben. Der Landtag hat sich mit der Enquête für die Aufrechthaltung der Verbindung ausgesprochen, dies könne nur insolange zugestanden werden, als nicht öffentliche Impfanstalten, verbunden mit Kälberlymphinstituten, bestehen. Er müsse daher in Begutachtung der Grundsätze beantragen, dass bei Punkt 4 nachstehend ausgesprochen werde: „die bisherige Verbindung des Impfinstitutes mit der n.-ö. Landesfindelanstalt bleibe unter Beobachtung der entsprechenden Cautelen insolange aufrecht erhalten, bis neue verlässliche Impfstoffquellen bestehen". Der n.-ö. Landesausschuss habe mit dankenswerthem Eifer nach Möglichkeit Garantien für bessere Lymphe in der Findelanstalt zu bieten gestrebt, indem er eine Reihe von Vorsichtsmassregeln theils durchführte, theils durchführen will, die zum Theile mit namhaften Kosten verbunden sind; doch muss man sich fragen, sind die Cautelen genügend für die Aufrechthaltung der Verbindung? Diese Frage muss man mit nein beantworten. Ein Findelhaus bleibt immer in Folge der geschilderten Verhältnisse eine unlautere Quelle für Lymphe. Im Uebrigen wäre den vom Landtage beschlossenen Grundsätzen beizustimmen.

Karajan sieht als Widerspruch den zugelassenen Nothfall von Benützung zwei Monate alter Kinder als Stammimpflinge an. Witlaczil rechtfertigt die Enquête durch den Umstand, dass sie unter dem Drucke des allgemeinen Jammers wegen Noth an Impfstoff berieth; damals waren die beiden Impfstoffanstalten, die seitdem entstanden sind, nicht vorhanden; die praktischen Aerzte rufen noch immer gerne nach dem Impfstoff aus der Findelanstalt. Die hinreichende Menge an Impstoff muss früher sichergestellt sein, bevor die Nothmassregeln aufgehoben werden können. Späth fügt bestätigend bei, dass Director Friedinger erklärt habe, zur Zeit der Blattern könne das Impfinstitut nicht genügen, selbst nicht in normaler Zeit bei Fixirung von 3 Monaten als Altersminimum des Stammimpflings. Er stellt den Antrag, nachdem seit der Enquête sich die Verhältnisse geändert haben und zwei neue Impfinstitute vorhanden sind, die Ausnahmsmassregel zu beseitigen und nur 3 Monate alte Kinder als Stammimpflinge zu gestatten, was angenommen wird. Nach langer Debatte hinsichtlich der Nothwendigkeit der Untersuchung des Vaters wird über Antrag des Referenten und Späth's bezüglich Frage 2 ausgesprochen: „Unter Rücksicht auf die im Referate angegebenen Gründe und mit Berücksichtigung der sub 1 ausgesprochenen Cautelen stimmt der Landessanitätsrath dem sub 2 ausgesprochenen Grundsatze der Enquête und des Landtages zu. Bei Antwort 4 beantragen Späth und Gauster gegenüber der beantragten Formulirung des Referenten eine Verschärfung: „die bisherige Verbindung der Impfanstalt mit der Landesfindelanstalt darf nur insolange aufrecht erhalten bleiben, bis neue, verlässliche Impfstoffquellen, sowohl für Kälberlymphe als für humanisirte bestehen", welcher Antrag angenommen wird.

Nachdem sonach das ganze Referat in der angegebenen Fassung angenommen ist, gibt S.-R. Lorinser, der allein gegen dasselbe gestimmt hatte, zu Protokoll, er stimme gegen Alles, da die Impfung überflüssig und die Lymphe aus der Findelanstalt ein gesundheitsgefährdendes Experiment sei.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Karl Bettelheim.
Einsendungen an die Redaction sind zu richten: Wien, I., Gonzagagasse 5.

Druck von G. Gistel & Co., Wien.

Digitized by Google

Verlag von **Ferdinand Enke** in Stuttgart.

Soeben erschien und ist durch jede Buchhandlung zu beziehen:

Handbuch der Frauenkrankheiten

unter Redaction von Professor Dr. **Billroth** in Wien.

Sechster Abschnitt.

Prof. Dr. Olshausen in Halle: Die Krankheiten der Ovarien.

Mit 38 in den Text gedruckten Holzschnitten.
gr. 8. Geheftet. Preis 12 Mark.

Lehrbuch der Militär-Hygiene

von

Dr. C. Kirchner,

königl. Oberstabs- und Regimentsarzt des 1. Schles. Dragoner-Reg. Nr. 4.
Mit 88 in den Text gedruckten Holzschnitten und 8 lithogr. Tafeln.

Zweite gänzlich umgearbeitete Auflage.

gr. 8. Preis complet 14 Mark 80 Pf.

Die erste Hälfte erschien im December 1876 zum Preise von 7 M. 60 Pf., die zweite Hälfte soeben zum Preise von 7 M. 20 Pf.

Handbuch der allgemeinen Pathologie

als pathologische Physiologie

von

Professor Dr. **Samuel** in Königsberg.

II. Abtheilung: **Allgemeine Hämo-Thermo-Neuro-Pathologie.**

gr. 8. Geheftet. Preis 5 Mark 20 Pf.

Die dritte Abtheilung erscheint Ostern, die vierte Abtheilung (Schluss) im Sommer 1878.

Die Echinococcuscysten der Nieren

und des perirenalen Bindegewebes

von

Dr. Gustav Simon,

weiland Professor der Chirurgie in Heidelberg.

Herausgegeben von

Dr. R. Braun,

Privatdozent und Assistenzarzt an der chirurg. Klinik in Heidelberg.

gr. 8. Geheftet. Preis 2 Mark.

Physiologie der Seele.

Die seelischen Erscheinungen vom Standpunkte der Physiologie und der Entwickelungsgeschichte des Nervensystems aus wissenschaftlich und gemeinverständlich dargestellt

von

Dr. Karl Spamer,

Privatdozent an der Universität Giessen.

8. Geheftet. Preis 6 Mark.

Die

cerebralen Grundzustände der Psychosen.

Von

Dr. J. Weiss,

Assistent an Professor Leidesdorf's Klinik.

8. Geh. Preis 1 M. 60 Pf.

25

Digitized by Google

Se. Majestät

der **König von Dänemark** liess dem Fabrikanten Herrn **Johann Hoff** durch seinen Adjutanten mittheilen, dass er den **Werth seines Malzextractes sehr hoch anschlage. „Ich habe,"** so lautet die königliche Erklärung, **„mit Freuden die Heilwirkung des Hoff'schen Malzextractes bei mir und mehreren Mitgliedern meines Hauses wahrgenommen."**

An die Johann Hoff'sche k. k. Hof-Malzpräparaten-Fabrik in Wien, Graben, Bräunerstrasse Nr. 8.

Dankesäusserung

über Körperschwäche, Hustenplage und Magenleiden des k. k. Oberstlieutenants Wagner.

Es ist eine unleugbare Thatsache, dass Ihre Malzpräparate sowohl auf mein arg angegriffenes Nervensystem, als auch auf mein heftiges Magenleiden in der günstigsten Weise gewirkt haben. Diese ausserordentliche heilkräftige Wirkung veranlasst mich, Euer Wohlgeboren zu ersuchen, für beifolgende 30 Gulden von Ihrem vorzüglichen Malzextractbier 30 Flaschen und von Ihrer stärkenden Malz-Gesundheits-Chocolade 2 Kilo zu senden.

Theresienfeld a. d. Südbahn, den 3. October 1877.

Wagner, Oberstlieutenant.

Dankes-Aeusserung

von **Narcisse Stefanoppulo in Triest.**

Nach regelmässigem Gebrauch der Malz-Chocolade sehe ich mit Freuden einen bedeutenden Erfolg an mir, nämlich ich nahm am Körper zu, mein Husten, der mich sehr stark plagte, nahm bedeutend ab. Der Appetit kam, auch der Schlaf, was bei dem Körper die Hauptsache ist. Bestellung folgt.

Triest, den 1. October 1877.

Narcisse Stefanoppulo in Triest.

(Anmerkung und Warnung vor Täuschung.)

Die charlatanischen Nachpfuscher von sogenannten Malzpräparaten versuchen aus Eigennutz den Werth der ersten und ältesten Hoff'schen Malzerzeugnisse dadurch besser an Mann zu bringen, dass sie durch Bruchstücke aus medizinischen Fachblättern längst verstorbener Aerzte, die das Wort der nachgeahmten Präparate geredet haben, herabzusetzen suchen. Wenn man bedenkt, dass sie erst die echten Malzpräparate nachahmen, die wirklichen Hoff'schen Malzheilnahrungsmittel angeifern, gehören solche Manipulationen, die nur aus Aerger und augenscheinlichem Brodneid geschehen, in das Bereich der Lächerlichkeit; denn das grosse Publikum weiss es und die Wissenschaft bezeugt es, dass seit 30 Jahren nur die Johann Hoff'schen Malzerzeugnisse als Weltartikel eingeführt, mit 44 Auszeichnungen beehrt worden sind; die letzten neun Auszeichnungen sind im Jahre 1876 und 1877 geschehen, worunter solche Sr. Majestät des Kaisers von Oesterreich, des Kaisers von Deutschland und des Königs von Sachsen sich befinden.

Die schleimlösenden Johann Hoff'schen Brustmalz-Bonbons sind in blauem Papier, mit Schutzmarke (Bildniss des Erfinders Johann Hoff) versehen.

Tisch für Magenkranke

von Med. Dr. J. Wiel in Zürich, Verfasser des „Diätetischen Kochbuch". Dieses weitverbreitete und überall günstig beurtheilte Buch über diätet. Behandlung der Magenkr. erschien bereits in 4. Auflage. Preis brosch. 2 fl., elegant geb. fl. 2.50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen oder in Ermanglung geeigneter Verbindung direct franco vom Verleger:

129 **Hans Feller** in **Karlsbad,** Böhmen.

Echter und vorzüglicher

Malaga-Wein

(Jahrgang 1845)

für Kranke und Reconvalescente.

Durch Vermittlung der Administration der Wiener Medizinischen Presse in Wien Maximilianstrasse 4, ist unverfälschter alter Malaga-Wein, zum Preise von fl. 8 pro Bouteille, zu beziehen. Für vorzüglichste Qualität wird garantirt. Versendung gegen Einsendung des Betrages oder Nachnahme desselben, — Emballageberechnung zum Selbstkostenpreise. Bei grösseren Aufträgen — insbesondere durch die Herren Aerzte — wird entsprechender Nachlass gewährt.

Digitized by Google

MATTONI's Königs-Bitterwasser

Natürliches

OFNER BITTER-WASSER

das beste und zuverlässigste Mittel gegen habituelle Stuhlverhaltung und alle daraus resultirenden Krankheiten ohne irgend welche üble Nachwirkung auch bei längerem Gebrauch.

MATTONI & WILLE, k. k. österr. Hoflieferanten

Besitzer der 6 vereinigten Ofner Bitterwasser-Quellen.

Budapest, Dorotheagasse 6.

GIESSHÜBLER

Reinster alkalischer Sauerbrunn

von ausgezeichneter Wirksamkeit bei Krankheiten der Luftwege, des Magens und der Blase; besonders empfohlen mit Milch, Zucker oder Wein, als das brillanteste Erfrischungs-Getränk zu allen Tageszeiten. Versendung nur in Original-Glasflaschen durch den Besitzer

Heinrich Mattoni k. k. Hof-Lieferant, CARLSBAD (Böhmen.)

KAISER- QUELLSALZ

(Sel purgatif)

ein mildauflösendes Mittel bei habitueller Stuhlverhaltung nach chronischen Magen-, Leber- und Darmkrankheiten.

Kaiserquelle in Flaschen à ½ Liter.
Eisenmineralmoor zu Bädern und Umschlägen.
Eisenmoorlauge (flüssiger Moorextract).
Eisenmoorsalz (trockener Moorextract).

Bequeme und bezüglich ihres Erfolges die Franzensbader Eisenmoorbäder fast erreichende Mittel für Badeanstalten und den Hausgebrauch versenden

Mattoni & Co., k. k. Hoflieferanten **Franzensbad** (Böhmen).

Curvorschriften und Brochüren gratis.

Eigene Niederlage: **WIEN,** Maximilianstrasse 5 u. Fischlauben 14.

zu haben in allen grösseren Mineralwasser-Handlungen des In- u. Auslandes.

8

Rudolf Thürriegl

erzeugt alle

chirurgischen Instrumente nach neuesten und verbesserten Constructionen.

Wien, Alservorstadt, am Glacis, Schwarzspanierhaus 5.

Filiale: I., Augustinerstrasse 12. 4

Ausführliche Preis-Courante auf Verlangen gratis.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google